ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4e SÉRIE. — T. IX

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROCQ
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH
Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE, CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM.

Dr G. THIBIERGE
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

TOME IX. — 1898

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCVIII


ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES LOCALISATIONS SUR LA MUQUEUSE BUCCALE

DE L'AFFECTION

IMPROPREMENT APPELÉE POROKÉRATOSE

NOTE PRÉLIMINAIRE

PAR

le professeur **A. Ducrey**, Directeur de l'Institut dermosyphilopathique et le Dr **E. Respighi**, Privat docent

de l'Université de Pise.

La nouvelle et remarquable hyperkératose, décrite simultanément par le professeur Mibelli (de Parme) et par l'un de nous (1) et étudiée ultérieurement par Hutchins, Reisner, Max Joseph et Gilchrist, qui en ont rapporté des observations personnelles, n'est pas une affection exclusivement propre à la peau, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à présent; elle peut intéresser également la muqueuse buccale et cela avec une notable fréquence, au moins autant que peut le faire penser notre expérience personnelle, car, sur 4 malades atteints de la forme la plus typique de cette affection observés par nous, les lésions étaient chez un seul limitées au tégument cutané.

Dans la cavité buccale, nous avons observé des localisations de l'affection sur la muqueuse des lèvres, des joues, de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais, des gencives et, dans tous ces points, elles présentaient un aspect nettement identique (sauf, bien entendu, les modifications dues à leur siège spécial) à celui des lésions cutanées

(1) V. MIBELLI. Contributo allo studio della ipercheratosi dei canali sudoriferi « Porokeratosis ». *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1893, fasc. III, p. 313-355.

E. RESPIGHI. Di una ipercheratosi non ancora descritta. — *Idem*, 1893, fasc. III, p. 356-386.

aujourd'hui bien connues; cette identité est telle que le diagnostic des lésions buccales serait encore possible, alors même que les lésions cutanées viendraient par hasard à faire défaut.

Les lésions de la muqueuse chez les malades examinés par nous sont représentées par de petites taches variant de la largeur d'une petite tête d'épingle à celle d'une grosse lentille, le plus grand nombre ayant des dimensions moyennes; ces taches sont arrondies, ovalaires, réniformes, en forme de biscuit, polycycliques, ou irrégulières; leurs limites très nettes sont formées par une saillie linéaire, d'un blanc opaque, ressemblant à un très mince fil de soie, circonscrivant une surface d'aspect opalin.

Le centre des taches est marqué par une opalescence uniforme ou presque uniforme, plus ou moins prononcée suivant les cas, qui laisse voir plus ou moins nettement, par transparence, la couleur rosée de la muqueuse; sa surface est tantôt absolument plane, tantôt légèrement déprimée et a parfois l'aspect atrophique.

Sur quelques taches, la saillie périphérique est unique; sur d'autres, où elle atteint une plus grande largeur, elle est divisée sur toute sa longueur, par un étroit sillon semblant tracé avec la pointe d'une aiguille, en deux parties, dont l'interne peut être plus large et plus élevée que l'externe. La même saillie linéaire, complète sur le plus grand nombre des taches, est parfois interrompue, ou fait complètement défaut et est alors remplacée par une étroite dépression rouge rosée; on observe une semblable dépression dans les points où on a arraché au moyen de l'ongle le relief linéaire qui borde les éléments.

Sur quelques petites taches, on peut apercevoir un fin liséré hyperhémique, qui borde, à la fois en dedans et en dehors, la base de la saillie limitante.

Une seule fois nous avons surpris chez un de nos malades, sur le bord gingival, une petite tache moins large qu'une lentille, à limites nettes, blanche opaque, assez saillante, presque conoïde, à surface irrégulière et verruqueuse. En passant le doigt à sa surface, on éprouvait une légère sensation de rugosité et on pouvait reconnaître la présence de quelques petites taches à centre légèrement atrophique et à bord saillant. Les autres taches ne pouvaient être perçues à l'examen tactile.

On sait qu'il n'est pas rare d'observer, même à l'état normal, sur la muqueuse de la voûte palatine, particulièrement sur sa moitié postérieure, des dépressions punctiformes plus ou moins nettes, de coloration rouge brun, entourées ou non d'un étroit cercle opalin, lequel est légèrement saillant sur quelques-unes. Or, chez un de nos malades, une petite tache de la voûte palatine, tout à fait caractéristique de l'affection dont nous nous occupons ici, a présenté 3 dépressions

semblables, deux sur la zone centrale elle-même, l'autre exactement sur le sillon marginal.

Le nombre des lésions observées sur la muqueuse a toujours été plutôt restreint, variant d'un minimum de 2 à un maximum de 12; elles étaient tantôt isolées, tantôt rapprochées et presque tangentes, sans avoir nettement de sièges de prédilection.

Ces lésions ne se sont accompagnées d'aucune sensation subjective, de sorte que les malades ne s'étaient jamais aperçus de leur présence. Aussi nous est-il impossible de savoir si leur apparition avait précédé ou suivi celle des manifestations cutanées; nous pouvons cependant affirmer, après avoir revu nos malades à plusieurs reprises dans le cours de quelques mois, que sur la muqueuse buccale, ainsi qu'on l'a constaté déjà sur la peau, les lésions peuvent subir des modifications : elles peuvent s'étendre et par suite devenir confluentes, si elles sont développées au voisinage les unes des autres; elles peuvent devenir plus apparentes, leur bord peut devenir plus prononcé ou au contraire elles peuvent s'atténuer dans leurs caractères au point d'échapper à un examen un peu superficiel, surtout lorsque cet examen n'est pas fait sous une incidence spéciale de la lumière; elles peuvent cesser d'être planes et devenir légèrement concaves, etc.

Nous pouvons dire que nous avons vu paraître sous nos yeux quelques-unes des plus petites taches planes, à bord saillant très mince, sorte d'anneaux très élégants, car elles se sont développées dans le court espace de quelques mois séparant un examen d'un autre.

Du reste, la marche de l'affection est, sur la muqueuse comme sur la peau, essentiellement chronique.

Présentant les caractères que nous venons de décrire, les lésions de la muqueuse buccale qui reproduisent, ainsi que nous l'avons déjà dit, le type des lésions cutanées, ne peuvent évidemment en aucune manière être confondues, ni avec les manifestations buccales du lichen de Wilson, ni avec les taches de la leukoplasie, moins encore avec les autres processus morbides susceptibles d'intéresser la muqueuse buccale. Il n'y a pas lieu, dans cette simple communication préliminaire, de donner les détails d'un diagnostic différentiel.

Sur la conjonctive et sur la muqueuse nasale de nos malades, nous n'avons constaté aucune altération.

*
* *

Les quelques recherches histologiques que nous avons faites jusqu'ici sur 3 petites taches lenticulaires, planes, à bordure caractéristique, que nous avons excisées sur la muqueuse buccale, nous ont montré que :

a) Le corps muqueux de Malpighi, sur presque toute l'étendue de

la lésion, est plus développé qu'à l'état normal, sauf sur les limites de la lésion, où il diminue brusquement d'épaisseur et devient assez mince sur une faible étendue. Surtout en ce point, il est le siège d'une médiocre infiltration de petites cellules.

b) On y trouve un stratum granulosum, mais il n'est ni continu, ni uniforme; il est représenté, par places, par une seule couche de cellules éloignées les unes des autres et, en d'autres points, par 3 ou 4 couches de cellules.

Dans une des petites taches excisées ce stratum faisait complètement défaut.

Parfois toutes les cellules des couches superficielles de l'épiderme jusqu'à la surface libre sont très légèrement granuleuses.

c) La couche des cellules aplaties est certainement beaucoup plus haute que sur la muqueuse saine du voisinage, mais elle ne l'est pas également sur toutes les taches. Aux deux extrémités des lésions, elle est très épaissie et, en même temps qu'elle pénètre à la manière d'un coin dans le corps de Malpighi (au point où celui-ci s'amincit comme il est dit plus haut), elle se soulève en forme de monticule sur la surface libre.

Les cellules de cette couche présentent jusqu'à la surface libre de la muqueuse des noyaux bien distincts et prenant bien les matières colorantes; ces cellules sont disposées horizontalement, sauf sur les bords de la tache, où, dans les parties correspondant au point le plus épaissi, elles s'enfoncent et s'élèvent d'une façon quelque peu désordonnée.

d) Au plus grand développement de la couche de Malpighi correspond un plus grand développement du corps papillaire, dont le plan basal occupe un niveau inférieur à celui du corps papillaire de la muqueuse saine; cependant, aux extrémités de la tache, le plan basal des papilles s'élève brusquement en même temps que s'enfoncent les cellules épithéliales plates et que s'amincit la couche de Malpighi, ainsi qu'il est dit plus haut.

Le tissu conjonctif papillaire et sous-papillaire présente une médiocre dilatation des vaisseaux sanguins et une infiltration de petites cellules assez prononcée; ces lésions existent particulièrement aux extrémités de la tache.

Pour ce qui regarde les glandes, nous en avons vu, au milieu d'une petite tache, une qui était entourée d'une légère infiltration de petites cellules occupant la partie latérale de la portion supérieure de son conduit excréteur. Nous avons vu quelques autres glandes correspondant aux limites de la lésion, mais sur aucune nous n'avons constaté d'oblitération de son orifice et de la partie supérieure de son conduit par des cellules épithéliales, et moins encore de modifications du conduit excréteur et du corps glandulaire.

Ces lésions anatomiques expliquent:

a) L'opalinité de la tache et ses variations d'intensité; *b*) la mince saillie périphérique et sa coloration blanche opaque, le mince liséré hyperhémique, qui, sur quelques taches, borde en dedans et en dehors la saillie, ainsi que la dépression également hyperhémique, qui se produit lorsqu'on arrache la saillie périphérique.

Un exposé détaillé des lésions histologiques sera fait dans le mémoire qui sera publié prochainement.

*
* *

Conclusions.

1° Cette singulière affection, outre ses manifestations cutanées, peut présenter sur la muqueuse buccale des manifestations qui reproduisent d'une façon parfaite les manifestations cutanées.

2° Par sa physionomie spéciale et caractéristique, qui se rencontre constamment telle chez tous les malades, elle doit être considérée comme une entité morbide particulière. On ne peut la confondre avec le lichen de Wilson, qui, sous quelques points de vue, paraît être la dermatose qui s'en rapproche le plus ; elle ne peut aucunement être comprise dans le groupe des ichtyoses.

3° Indubitablement, elle mérite une dénomination particulière, mais celle de *porokératose*, qui a été déjà proposée, ne peut lui convenir.

UN CAS DE KÉRATOSE FOLLICULAIRE

(MALADIE DE DARIER)

LIMITÉE A LA TÊTE ET AUX MAINS

Par **John T. Bowen**, M. D. Boston (U. S. A.)

J'ai eu l'occasion d'observer en juillet 1896 la malade qui fait le sujet de cette note. Autant que j'ai pu m'en assurer, c'est le premier cas connu de kératose folliculaire où les lésions aient été exclusivement limitées à la tête et aux mains. Il présente, me semble-t-il, un certain intérêt, en ce qu'il montre que cette affection peut, dans les cas légers ou à son début, être méconnue même par un médecin qui la connaît bien. J'avais eu la bonne fortune de pouvoir étudier avec soin 3 cas de cette affection, à des degrés différents de gravité ; néanmoins, tout en étant frappé par la ressemblance de ce cas avec les cas de kératose folliculaire, je n'ai pu formuler positivement le diagnostic qu'après avoir pratiqué l'examen microscopique des lésions.

La malade était une femme de 33 ans, célibataire, née dans la Nouvelle-Angleterre et habitant une petite ville voisine de Boston.

Personne dans sa famille, soit parmi ses ascendants, soit parmi ses collatéraux, n'a présenté de traces d'une maladie cutanée ayant quelque importance, à l'exception de sa mère qui, dit-elle, a les mains dans un état ressemblant à celui où sont les siennes. Elle-même jouit d'une bonne santé et, en dehors des maladies de l'enfance, n'a eu qu'une pleurésie remontant à 7 ans.

Cette femme vint me consulter en raison des lésions qu'elle portait sur la face et qui, à son dire, ont pris leur apparence actuelle pendant les trois dernières années. Elle est absolument certaine que, auparavant, la peau du visage, quoique étant toujours plutôt rude et épaisse, ne présentait aucune des lésions qu'on y constate actuellement. Elle reconnaît, cependant, que la peau de ses mains, aussi loin que remontent ses souvenirs, n'a jamais eu un aspect normal, quoiqu'elle ne s'en soit jamais préoccupée spécialement. Elle pensait simplement qu'elle avait la peau épaisse et rude.

A première inspection, la peau de la face était épaisse, pâle, onctueuse, avec une teinte brunâtre, particulièrement marquée autour des tempes et sur les limites du cuir chevelu. A un examen plus attentif, il semblait que la peau, dans toute l'étendue de la face, était épaissie et couverte d'un grand nombre de petites papules, très légèrement saillantes, quelques-unes centrées par une dépression, qui était occupée par une sorte de petit

bouchon ou de cône d'apparence graisseuse. Cet aspect était particulièrement marqué dans les plis naso-labiaux et dans les régions temporales au voisinage de la bordure du cuir chevelu. Cependant, c'était en arrière des oreilles que siégeaient les lésions les plus prononcées ; à ce niveau, l'aspect était absolument celui que l'on observe dans d'autres cas plus nets de maladie de Darier ; les éléments considérés en particulier étaient beaucoup plus larges que ceux qui occupaient la face et étaient constitués par des saillies papuleuses, fermes, très rapprochées les unes des autres, avec une dépression centrale occupée par un bouchon ou un cône graisseux.

Les papules étaient, en beaucoup de points, confluentes et toute la masse située dans la région rétro-auriculaire avait un aspect irrégulier et papillomateux. A la partie supérieure du cou, il y avait quelques petites papules disséminées, dont la partie saillante avait l'aspect gras de la matière sébacée. Le cuir chevelu était couvert de croûtes grasses sébacées et de squames, différant de l'état séborrhéique ordinaire en ce que beaucoup de croûtes s'enfonçaient dans des dépressions d'où on pouvait facilement les arracher. La chevelure était épaisse et vigoureuse.

Les mains, qui d'après la malade avaient toujours présenté quelques lésions aussi loin qu'elle pouvait se souvenir, étaient couvertes sur leur face dorsale de petites papules fermes, serrées les unes contre les autres, ayant toutes les mêmes dimensions et de couleur absolument identique à celle de la peau normale. Il n'y avait ni croûtes ni dépressions et les papules étaient recouvertes d'une couche cornée ininterrompue et épaissie, qui leur donnait l'apparence verruqueuse. La cohérence de ces papules donnait lieu à un épaississement en masse de la peau de la face dorsale de la main. A la paume des mains, la peau était très épaissie, avec exagération des dépressions et des plis normaux (1). Les ongles étaient un peu cassants, et striés longitudinalement, mais peu déformés.

Un examen attentif du reste de la surface cutanée ne permit de reconnaître aucune autre lésion. A l'exception des régions mentionnées ci-dessus, tête, cou et mains, la peau était partout lisse et mince, sans aucune trace de lésions papuleuses ou autres.

Un fragment, du volume d'un petit pois, fut excisé dans la région rétro-auriculaire et soumis à l'examen microscopique, après durcissement par l'alcool. Les coupes colorées par les réactifs usuels ont montré l'aspect typique de la kératose folliculaire (Psorospermose folliculaire végétante de Darier) concordant d'une façon parfaite avec ce que j'avais constaté dans les 3 autres cas de cette maladie que j'ai eu l'occasion d'étudier. Dans le fragment examiné, les lésions étaient

(1) Boeck, dans le premier cas de kératose folliculaire qu'il a rapporté, a décrit des lésions des mains semblables à celles que j'ai observées chez cette malade, et a appelé l'attention sur ce fait que, contrairement à ce qui pouvait se voir sur les autres parties du corps, ces papules étaient recouvertes d'une couche cornée épaissie et résistante, sans dépression centrale.

nettement folliculaires. Les coupes montraient que les orifices de 2 follicules pileux adjacents étaient atteints, le col du follicule étant très dilaté et rempli par le cône corné si caractéristique de cette affection. Le siège des lésions au niveau du col du follicule fut facile à constater sur les coupes en série qui montraient au centre même de la lésion le poil lui-même et les glandes sébacées annexes. Il y avait une prolifération prononcée de l'épithélium du follicule, ainsi que le prouvait la pénétration de bourgeons épithéliaux à travers le chorion dans plusieurs directions. Les cellules rondes entourées d'une double membrane réfringente, qui sont si caractéristiques de cette maladie, se voyaient en grand nombre à la base des lésions et à quelque distance au-dessus, tandis que, dans leur portion supérieure kératinisée, on pouvait constater la présence des petites cellules brillantes que M. Darier a désignées sous le nom de « grains ». Dans ce cas, comme dans les autres cas que j'ai examinés, on pouvait voir que les cellules rondes à figure de coccidies étaient par places remplies de kérato-hyaline. Il n'est pas nécessaire de donner une description plus détaillée de ces lésions, car elles étaient sous tous les rapports identiques à celles que j'ai constatées dans les trois autres cas que j'ai étudiés, et concordaient absolument avec les descriptions de M. Darier et des autres observateurs qui ont publié des cas de kératose folliculaire.

L'emploi prolongé de diverses pommades à base d'agents stimulants et kératolytiques (acide salicylique, résorcine, soufre, etc.), détermina une amélioration marquée dans l'aspect du visage de la malade, si bien que, lorsque je la revis au bout d'un an, les lésions s'étaient beaucoup aplaties et un grand nombre des productions cornées avaient disparu. On ne pourrait cependant dire que la malade est guérie, et il m'a semblé que, si on suspendait le traitement pendant longtemps, elle reviendrait à son état antérieur.

En ce qui regarde la pathologie de cette intéressante maladie, j'ai exposé mes vues dans un article paru il y a plus d'un an (1). Dans ce travail, j'ai fait voir que l'examen histologique de 3 cas de kératose folliculaire (dont l'un, dû au Dr White, représente la maladie à un degré plus avancé que toutes les observations publiées jusqu'ici) me confirmait dans l'opinion que j'avais exprimée en 1889 à propos de l'examen microscopique du premier cas du Dr White, à savoir que cette maladie est essentiellement une hyperkératose, portant principalement sur le col des follicules. Le nom de kératose folliculaire (White) me semble encore à présent justifié. Les recherches histologiques étendues et éclairées de M. Darier ne nous étaient pas encore

(1) Keratosis follicularis (Psorospermose folliculaire végétante, Darier). A propos of a new case. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1896, p. 209.

connues à l'époque où cette affection a été décrite par M. White sous le nom de kératose folliculaire. Dans un travail ultérieur (1), j'ai discuté la nature des formes cellulaires particulières ressemblant à des coccidies qui existent constamment dans cette affection, et qui m'avaient échappé jusqu'au jour où M. Darier les a fait connaître dans son remarquable travail, et j'ai manifesté mon scepticisme au sujet de la nature parasitaire de ces éléments. J'ai montré que le siège intracellulaire de ces corps n'était pas établi et que la présence, dans leur intérieur, de kératohyaline était absolument incompatible avec la théorie de leur nature parasitaire. Jusqu'ici un grand nombre d'observateurs ont confirmé et étendu ces opinions, de sorte que l'on peut regarder comme bien établi que la maladie consiste essentiellement en un trouble de la kératinisation des cellules épidermiques, une parakératose aussi bien qu'une hyperkératose.

(1) *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1890, p. 16.

DE L'ACTION DES INJECTIONS DE CALOMEL DANS LE LUPUS ET LES AFFECTIONS NON SYPHILITIQUES

Par le Dr **Asselbergs** (de Bruxelles).

A la suite de l'amélioration rapide et surprenante obtenue par les injections de calomel dans un cas de lupus, où je ne pouvais me résoudre à admettre la syphilis, et après l'observation du malade porteur de lupus tuberculeux type, amélioré de même et présenté par M. le professeur Fournier, sous le nom de pseudo-lupus syphilitique, dans la séance du 11 juin 1896 de la Société française de dermatologie, j'instituai d'une façon systématique les injections de calomel dans une série de cas de lupus. J'ai étudié l'action du calomel sur 25 lupus tuberculeux vrais dont le diagnostic était évident et ne pouvait être mis en suspicion. Toutes les injections ont été faites à 5 centigrammes dans la région fessière, de 10 en 10 jours en moyenne pour les premières ; puis il y eut de plus longs intervalles nécessités par la douleur, la présence de nodosités, plus rarement des complications inflammatoires survenant avec une facilité variable chez différents sujets, toutes conditions d'antisepsie étant égales, lorsque les injections se répètent fréquemment dans ce champ d'action malheureusement si restreint.

Voici les observations détaillées de 14 malades sur lesquels j'ai épuisé l'action des injections de calomel, où ce traitement a donné tout ce qu'il pouvait donner et sans association d'aucun autre mode d'intervention.

Obs. I. — Alice D..., 36 ans, atteinte de lupus tuberculo-ulcéreux du visage et du cou, se présente à ma clinique de l'Hospice du Calvaire le 2 février 1896. L'affection date de 7 ans, les nodosités et les ulcérations sont typiques de lupus ; la malade accuse que le mal a débuté à la joue droite, s'est manifesté ensuite sur la joue gauche, a continué progressivement sa marche envahissante sur le nez, le front, le menton et le cou. Il n'y a aucun signe de syphilis antérieure. Je lui proposai le curettage et la cautérisation. La malade refusant de s'y soumettre, je lui fis le même jour une injection de calomel. Les modifications furent immédiates et frappantes ; l'infiltration des tissus malades diminua, les nodosités s'affaissèrent, les ulcérations se cicatrisèrent et, lorsque je pratiquai la dixième injection le 27 avril suivant, il ne restait plus de trace du mal primitif. Je fus heureux de pouvoir confirmer mon diagnostic de lupus le 7 septembre suivant lorsque ma malade se représenta avec une apparition nouvelle de quelques nodosités granuleuses typiques de lupus sur le lobule du nez. Trois injections de calomel les firent disparaître. Cette malade a été pré-

sentée à la Société médico-chirurgicale de Brabant le 29 juin 1897, complètement guérie. Je l'ai revue le 22 novembre, la guérison s'est maintenue intégralement.

Obs. II. — Anastasie R..., 43 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage, dont le début remonte à l'âge de 17 ans. Turgescence et infiltration dermique profonde. Lupus de la conjonctive. Traitée à l'hôpital de Louvain au début de l'affection par des cautérisations diverses suivies d'améliorations. Entra dans mon service le 14 juin 1896. A reçu 23 injections de calomel du 20 juin 1896 au 18 juin 1897. La malade a été présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant le 29 juin dernier. A part quelques granulations dans un cercle très restreint, toute la néoplasie lupique a disparu. Les petits foyers persistant ont été détruits au galvano-cautère depuis la présentation de la malade. Trois injections de calomel ont encore été faites. Le résultat se maintient aujourd'hui. Le lupus de la conjonctive a subi une régression notable, mais n'est pas guéri.

Obs. III. — Jeanne Cr..., 55 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage dont le début remonte à l'âge de 7 ans. Traitée pendant 7 ans par M. Van Hœter à l'hôpital Saint-Pierre, par des cautérisations diverses. Première injection de calomel le 20 juin 1896; quinzième et dernière injection le 21 décembre 1896. Modification totale. Malgré une pleurésie pour laquelle la malade a séjourné postérieurement durant trois mois à l'hôpital Saint-Jean, j'ai pu la présenter en état de guérison à la Société médico-chirurgicale du Brabant le 29 juin dernier. J'ai désiré la revoir le 25 novembre ; trois foyers de repullulation sont apparents.

Obs. IV. — Marie H..., 18 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux du nez et des joues, ayant débuté il y a 4 ans. Tuberculose ganglionnaire de l'aisselle en voie de suppuration. Cicatrices nombreuses dans le cou et derrière les oreilles d'abcès tuberculeux ayant évolué dans la première enfance. Entrée dans mon service le 23 juillet 1896. Première injection le 27 juillet; seizième et dernière injection le 9 février 1897. Sortie guérie le 28 mars. Particularité qui mérite d'être notée, la suppuration de l'aisselle s'est tarie, les fistules se sont oblitérées sous l'influence seule des injections. J'ai désiré revoir la malade le 25 novembre; je constate l'apparition de quelques nodules tuberculeux dans les cicatrices.

Obs. V. — Octavie P..., 20 ans. Lupus éléphantiasique du visage et du cou consécutif à la fonte purulente de ganglions tuberculeux. Infiltration profonde du derme et du tissu cellulaire sous-cutané au point de donner au visage des proportions monstrueuses. Le début de l'affection remonte à l'âge de 9 ans. La malade a été traitée à l'hôpital d'Anvers pendant l'année 1890 par dix cautérisations sous anesthésie chloroformique ; s'est présentée une première fois dans mon service en février 1893 ; fut améliorée à diverses reprises durant 3 ans par des curettages et des cautérisations répétées. Me trouvant devant une nouvelle exacerbation du mal, je lui pratiquai, le 5 septembre 1896, une première injection de calomel. Dix-huitième injection le 4 juin 1897. L'infiltrat éléphantiasique et tous les éléments lupiques ont disparu. Quelques rares nodosités persistent seules et les dernières injections ne paraissent pas avoir de prise sur elles. Cette

malade a été présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant. Les quelques tubercules résistant ont été détruits par la galvanocaustie depuis la présentation de la malade. Deux injections de calomel ont encore été faites à titre prophylactique.

Obs. VI. — Gabrielle Ev..., 16 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux du nez, de la lèvre supérieure, et de la muqueuse gingivale correspondante. L'affection a débuté à l'âge de 7 ans par quelques boutons sur le nez. La malade a été cautérisée régulièrement durant les quatre premières années par son médecin; s'est présentée une première fois dans mon service le 3 juillet 1893; fut améliorée par le raclage et des cautérisations multiples; me revint le 5 janvier 1897 avec une récidive complète. Sept injections de calomel, pratiquées du 5 janvier au 30 mars 1897, amenèrent la guérison totale. La malade a été revue ce 22 novembre ; le résultat s'est maintenu intégralement.

Obs. VII. — Mme N..., 68 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage dont le début remonte à l'enfance. La malade, traitée durant de longues années par M. le professeur Thiry au moyen de cautérisations au chlorure de zinc et au nitrate d'argent, a reçu 14 injections de calomel du 27 mars au 14 novembre 1897. Elle est actuellement guérie.

Obs. VIII. — Marie O..., 33 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux et turgescent de tout le visage et du cou. Le début remonte à l'âge de 14 ans. La malade a fait deux séjours dans les hôpitaux d'Anvers et y fut traitée par des cautérisations sous anesthésie chloroformique ; elle est entrée dans mon service le 18 août 1896 et a reçu 24 injections de calomel du 19 août 1896 au 22 juin 1897. Toute la néoplasie lupique a subi une régression notable; les ulcérations se sont cicatrisées, la turgescence et des conglomérats du centre de la face ont disparu ; mais de nombreux tubercules persistent à la périphérie, encerclant complètement le visage. La malade a été présentée à la Société médico-chirurgicale du Brabant, notablement améliorée. L'influence des dernières injections a été peu marquée.

Obs. IX. — Godeliève Dec..., 47 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage et du cou ; lupus annulaire de l'avant-bras. Le début remonte à l'âge de 17 ans. La malade s'est toujours refusée à tout traitement chirurgical. A reçu 22 injections de calomel du 10 octobre 1896 au 13 novembre 1897. Amélioration notable. Même résultat que dans l'observation précédente. Le lupus est réduit, les ulcérations sont guéries, tous les foyers centraux ont disparu; mais de nombreux tubercules persistent encadrant le visage et la localisation de l'avant-bras. L'amélioration s'est accentuée sous l'influence des dernières injections.

Obs. X. — Joséphine Deh..., 47 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux de tout le visage datant de 10 ans. Pas de traitement antérieur. Entrée dans mon service le 3 octobre 1896, elle reçut seize injections de calomel du 3 octobre 1896 au 18 juin 1897. Amélioration notable, mais agglomérats nombreux de tubercules réfractaires.

Obs. XI. — Céline P..., 13 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux du nez et des joues, ayant débuté à l'âge de 6 ans et demi. La malade a été traitée par nous pendant les hivers des années 1895 et 1896 ; elle passe l'été à Ostende et nous est revenue chaque année au mois d'octobre avec la perte de tout le bénéfice acquis par notre intervention. Seize injections de calomel, pra-

tiquées du 17 octobre 1896 au 11 juin 1897, procurèrent une grande amélioration.

Obs. XII. — Amélie B..., 37 ans. Lupus érythémato-tuberculeux du nez et des joues datant de 7 ans. Première injection de calomel le 8 mai 1897. Treizième injection le 13 novembre 1897. Régression notable.

Obs. XIII. — Félicie D..., 27 ans. Lupus tuberculo-ulcéreux du nez et des joues datant de 10 ans. La malade est hospitalisée depuis plusieurs années, la constitution est profondément détériorée ; nous l'avons guérie à diverses reprises par la thérapeutique ordinaire. Le nez s'entreprenant à nouveau, une injection de calomel fut faite le 20 avril 1897. Malgré 4 injections répétées de 15 en 15 jours, le mal fait des progrès effrayants, et j'ai recours au traitement chirurgical pour entraver la destruction du nez.

Obs. XIV. — Louise B..., 14 ans. Lupus à localisations multiples ; nez, joue, avant-bras droit, talon gauche. Le début remonte à l'âge de 3 ans. La malade est hospitalisée depuis 3 ans et profondément débilitée ; la guérison n'a pu être obtenue malgré plusieurs raclages et cautérisations sous anesthésie chloroformique, des cautérisations au chlorure de zinc et des séances fréquentes de galvanocaustie. Lorsque je pratique la première injection de calomel le 5 janvier 1897, il y a une poussée nouvelle de tubercules du côté du nez ; quelques foyers d'infiltration lupique persistent dans les cicatrices de l'avant-bras et du talon. Le 29 juin, après 13 injections, le lupus du nez s'est aggravé ; il n'y a plus d'élément lupique apparent dans les cicatrices de l'avant-bras et du talon.

Obs. XV. — Hilaire Ro..., 49 ans. Lupus érythémateux du nez et des joues, datant de 15 ans ; traité antérieurement par la galvanocaustie et les scarifications. Six injections pratiquées du 7 septembre au 12 novembre 1896 amenèrent une régression marquée. Le malade me quitta à cause de la douleur des injections. Bien que les injections n'aient pas été continuées fort longtemps, cette observation présente certain intérêt à cause du caractère érythémateux du lupus.

Huit autres cas de lupus vrais, parmi lesquels un cas de lupus érythémateux, ont encore été soumis aux injections de calomel ; les uns sont encore en traitement par les injections seules ; d'autres, après avoir été dégrossis par quelques injections, ont été soignés par un traitement mixte : injections combinées avec la cautérisation ponctuée. Je ne veux en retenir que l'action régressive incontestable constatée dans chacun de ces cas immédiatement après l'emploi des injections de calomel.

Il résulte de l'ensemble de mes observations que *l'action de l'injection de calomel sur le lupus tuberculeux vrai est certaine et ne saurait être mise en doute.* Je l'ai observée de la façon la plus nette dans 23 cas sur 25 qui furent traités de cette façon. *Tous ont subi une modification variable, depuis la simple réduction jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques.* Si mes observations XIII et XIV ont été des insuccès complets, c'est à la cachexie tuberculeuse et, par le fait, à la virulence plus grande de l'infection locale qu'il est permis de l'attribuer.

C'est aux premières injections que l'influence régressive est la plus frappante ; puis l'amélioration continue progressivement, mais plus lentement. Lorsque l'on ne marche pas franchement vers la guérison après une moyenne de 15 injections, il semble que l'action du calomel s'atténue et finisse, soit que l'accoutumance se produise, soit vraisemblablement dans nombre de cas que les nombreux inconvénients des injections multiples répétées dans le même rayon nécessitent un intervalle de temps trop considérable pour que la dose de mercure en circulation dans l'organisme en un temps donné soit suffisante pour soutenir la lutte avec l'élément morbide.

Si j'envisage de plus près l'action du calomel sur les différents éléments constitutifs du lupus : tubercules, infiltration, ulcération, je constate que *les processus infiltration et ulcération sont touchés les premiers et les plus vivement attaqués.* C'est la raison de l'amélioration si frappante après les premières injections. *Le tubercule à coup sûr est influencé et participe à la régression générale ;* j'en prendrai pour témoins les observations I, III, IV, VI, VII où la guérison fut complète, les observations VIII, IX, X, des cas simplement améliorés où je vis se fondre de nombreux agglomérats de tubercules occupant le centre des lésions. *Il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui résiste et souvent victorieusement ;* je vois dans mes observations II et V persister des tubercules isolés qui ont nécessité l'intervention du galvano-cautère ; je les vois dans mes observations VIII, IX et X se cantonner à la périphérie des lésions comme une défense inexpugnable dont l'injection de calomel n'a pu triompher.

C'est déjà dire que *c'est surtout dans la thérapeutique du vieux lupus tuberculo-ulcéreux, turgescent, à infiltration profonde du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané que l'injection de calomel est appelée à rendre des services.* Mes observations II, V, VIII, furent un vrai succès au point de vue de la réduction immédiate des lésions. *Les formes de lupus érythémateux, érythémato-tuberculeux, tuberculeux non exedens, ont moins à espérer de cette nouvelle méthode de traitement.*

Si je revendique pour l'injection de calomel le droit de prendre place dans la thérapeutique de la tuberculose cutanée, je me hâte d'ajouter que ce sera le cas ou jamais d'en faire *un traitement d'exception ou d'association.* Loin de moi l'intention de demander aux injections de calomel, qui doivent être continuées fort longtemps et ont de multiples inconvénients, sans avoir la certitude d'arriver à un résultat, ce que le raclage et les cautérisations pourraient donner en quelques séances. Lors de la présentation de malades que je fis le 29 juin 1897 à la Société médico-chirurgicale du Brabant, j'avais émis l'espoir que l'injection de calomel, là où elle guérissait, aurait pu

nous procurer des résultats plus durables au point de vue de la stabilité de la guérison ; les observations de mes malades III et IV, où des foyers de repullulation sont apparents, sont bien faites pour m'enlever toute illusion à cet égard.

J'estime en tout cas que ce sera là un *traitement adjuvant précieux*. Je serai pour ma part heureux de pouvoir user de cette ressource qui me permettra d'amender, sinon de guérir, certains lupus où la thérapeutique ordinaire a été épuisée ou n'a fourni que des résultats médiocres. Si je fais abstraction des cas limités et débutants où le traitement classique peut procurer des résultats rapidement définitifs, il y aura lieu de lui associer dans les formes vulgaires l'injection de calomel. C'est de cette façon d'ailleurs que j'ai traité mes derniers cas ; je les ai dégrossis par quelques injections, puis soumis à un traitement mixte : injections et cautérisations combinées. Des observations nouvelles et plus nombreuses seront du reste nécessaires pour fixer la valeur absolue de ce traitement.

Nous avons constaté l'influence des injections de calomel sur diverses autres affections non syphilitiques. Voici les résultats obtenus :

Obs. XVI. — Anne-Marie Léd..., 13 ans, est entrée dans mon service au mois de janvier 1896 pour des ulcérations tuberculeuses du cou ayant succédé à des abcès ganglionnaires dont le début remonte à l'âge de 7 ans. Un raclage suivi de cautérisation au thermo-cautère en amena la guérison. Au mois de juin 1896 survint une tuberculose articulaire du cou-de-pied pour laquelle elle subit une résection partielle. Malgré cette intervention précoce, la tumeur blanche prit en quelques semaines des proportions telles que la question de l'amputation fut discutée avec mes collègues chirurgiens. En raison de l'infection tuberculeuse généralisée, de la cachexie du sujet, d'une bronchite suspecte, toute opération fut rejetée. Elle reçut, le 7 septembre 1896, une première injection de calomel. La tumeur blanche subit bientôt une régression marquée, les fongosités se fondirent, la suppuration diminua. Le 27 avril 1897, à la dix-huitième injection, le pied a repris ses proportions normales, plusieurs trajets fistuleux se sont cicatrisés; en même temps l'état général s'est relevé. Trois ou quatre fistules persistent par lesquelles s'écoule une suppuration minime.

Obs. XVII. — Jeanne R..., 13 ans. Adénites tuberculeuses en voie de suppuration; périostite suppurée du tibia. Nombreuses cicatrices de suppuration anciennes, osseuses et ganglionnaires. Dix injections de calomel furent pratiquées du 30 mars 1897 au 3 novembre 1897. Tous les foyers de suppuration sont éteints et cicatrisés.

Obs. XVIII. — André Cl..., 61 ans. Épithélioma du nez datant de six semaines. Tumeur dure, lobulée, adhérente, de la grosseur d'une demi-noix, occupant la partie dorsale inférieure du nez et empiétant sur les ailes de chaque côté. Première injection de calomel le 25 juillet 1896. Le 5 septembre 1896, après 4 injections, l'affection n'existe plus.

Obs. XIX. — Jean-Baptiste Fr..., 83 ans. Épithélioma de la lèvre infé-

rieure. Induration de la grosseur d'une petite noisette. Deux injections de calomel, pratiquées les 14 et 24 septembre 1896, en amenèrent la disparition complète.

Obs. XX. — Thérèse Lef..., 73 ans. Cancer ulcéré du sein gauche. Dix injections de calomel, pratiquées du 19 octobre 1896 au 18 mars 1897, amenèrent une réduction notable de la masse cancéreuse. La tumeur, d'adhérente qu'elle était, devint mobile et les ulcérations se cicatrisèrent sur toute leur surface. Le 11 juin 1897 la tumeur s'ulcéra à nouveau. La malade est morte le 7 septembre d'apoplexie cérébrale.

Obs. XXI. — François Cl..., 61 ans. Ulcus rodens du nez. L'affection débuta il y a 25 ans par une petite ulcération qui resta stationnaire durant huit ans. Aujourd'hui la narine droite est détruite, l'ulcère occupe l'aile droite du nez, envahissant la joue, la partie dorsale médiane du nez et la lèvre supérieure. Bords indurés, adhérents, taillés à pic ; fond sanieux. Le lobule du nez est rétracté vers l'ulcère par des brides cicatricielles. Une première injection de calomel fut pratiquée le 20 juillet 1896. Le 10 août suivant, à la quatrième injection, toute la portion inférieure de l'ulcère est cicatrisée, la partie supérieure est recouverte de bourgeons charnus de bon aspect. Le 7 septembre suivant, à la septième injection, il reste dans la partie supérieure une ulcération superficielle des dimensions d'un petit pois. Le 21 décembre, à la quinzième injection, cette petite ulcération est toujours rebelle. Le 18 avril 1897, à la dix-huitième injection, la cicatrice est érodée à nouveau en plusieurs endroits.

Obs. XXII. — Adeline F..., 26 ans. Éléphantiasis du membre inférieur gauche. La malade est syphilitique et présente au niveau du pied et de la jambe éléphantiasique, ainsi que sur la cuisse et la jambe droite, de nombreuses cicatrices de tumeurs gommeuses qui ont évolué depuis un an et demi. En même temps que celles-ci se développaient, le membre inférieur gauche s'hypertrophia. Lorsque je vis la malade à la fin de juin 1896, toutes les ulcérations avaient été guéries par des pansements au sublimé et l'iodure potassique à l'intérieur qui lui furent prescrits par son médecin. L'éléphantiasis ne cesse de progresser, au dire de la malade. Six injections de calomel faites du 4 juillet au 8 août 1896 amenèrent une réduction telle que la malade s'estima guérie, et tous mes efforts pour la retenir plus longtemps dans mon service furent vains. Il résulte des renseignements qui me sont parvenus dernièrement que cette personne est restée guérie et vaque parfaitement à ses occupations. Si j'ai attribué précédemment cette influence remarquable du calomel à la syphilis qui fut la cause occasionnelle de cet éléphantiasis, il est certain aujourd'hui que cette action s'est exercée sur l'infiltration éléphantiasique, indépendamment de la cause provocatrice.

Obs. XXIII. — Adèle Rob.., 22 ans. Éléphantiasis double des membres inférieurs. Bien portante auparavant et de famille saine, elle fit une pleurésie à l'âge de 17 ans. Puis survint une anémie extrême, de l'œdème des pieds. Cet œdème s'étendit progressivement et fut l'origine de l'éléphantiasis actuel. Trois injections de calomel, faites les 14, 24 août et 16 septembre 1897, amenèrent une réduction d'un tiers. Un abcès, provoqué par la stase lymphatique et survenu à la suite de la troisième injection, nécessita

leur suspension. L'œdème éléphantiasique a repris aujourd'hui ses proportions antérieures.

J'aurai épuisé tout ce que mon observation clinique m'a permis de recueillir en ajoutant que j'ai obtenu par 2 ou 3 injections certaine réduction d'un épithélioma végétant du nez qui fut ensuite traité chirurgicalement, une diminution notable de l'œdème dans un cas de cancer double des seins dont les progrès enlevèrent rapidement la malade. Je n'ai observé aucune modification dans un dernier cas d'ulcus rodens occupant les régions frontale et pariétale du cuir chevelu.

Voilà donc une série d'affections les plus diverses : lupus, tuberculose, ulcus rodens, épithélioma, cancer, éléphantiasis, sur lesquelles l'injection de calomel exerce une influence dont il y a lieu d'être déconcerté.

Ces faits bien que peu nombreux, mais rigoureusement observés, ajoutés d'ailleurs à ceux qui ont déjà été produits à la Société française de dermatologie, démontrent que *la valeur absolue de l'injection de calomel comme élément de diagnostic de la syphilis n'existe plus. Je dis la valeur diagnostique de l'injection de calomel, et non pas du traitement mercuriel en général ;* car c'est là une question tout autre et que je réserve absolument; rien ne prouve que l'injection de calomel agisse sur la syphilis comme le traitement mercuriel en général.

Je ne chercherai pas à interpréter les modifications anatomiques qui s'opèrent dans ces diverses affections. Je désire mettre en évidence cet élément de la question qui me paraît acquis : c'est que *la régression s'exerce d'une façon prépondérante sur les processus d'infiltration lymphatique et d'exsudation.* Cela ressort nettement de mes observations XVI, XX, XXII, XXIII comme de toutes mes observations de lupus.

REVUE GÉNÉRALE

LE GONOCOQUE

Par **A. Veillon.**

Malgré les observations de Donné, Hallier, celles plus précises de Bouchard, l'histoire du gonocoque commence avec les travaux de A. Neisser en 1879. Ce dermatologiste, alors assistant à Breslau, a donné une description morphologique magistrale de l'agent de la blennorrhagie; il montra sa présence microscopique dans tous les cas d'écoulement où le diagnostic clinique de cette maladie était évident et son absence dans les pus d'une autre nature. Cette importante découverte a été confirmée par de très nombreux travaux; Bumm, Wertheim, en cultivant le microbe de Neisser et en reproduisant la maladie par l'inoculation de cultures pures, ont parfait la démonstration.

Dans ces dernières années, les publications sur ce microcoque ont été pour ainsi dire innombrables et il faudrait encombrer toutes les pages, consacrées à cette revue, si on voulait seulement citer les mémoires faits sur ce sujet. Nous croyons qu'il vaut mieux donner l'état exact des notions acquises aujourd'hui sur le gonocoque et nous indiquerons seulement dans un index les travaux les plus importants ou les plus récents. Nous n'avons point l'intention de faire une bibliographie complète, qu'on trouverait d'ailleurs dans le travail de Bosc et surtout dans l'excellente thèse de M. Sée; nous commencerons donc immédiatement par faire l'histoire biologique de ce microbe, nous verrons ensuite le rôle qu'il joue en pathologie humaine et nous terminerons par un aperçu expérimental qui, comme nous le verrons, peut nous faire espérer une thérapeutique pathogénique vraiment scientifique.

Morphologie. — La forme du gonocoque, sans être absolument caractéristique comme on l'a dit, est un peu spéciale et a besoin d'être décrite en détail, car c'est un caractère important pour la connaissance de cet organisme.

Le microbe de la blennorrhagie est un coccus; les éléments, souvent deux par deux, sont accolés par une de leurs faces et forment un diplocoque. C'est à cet état de diplocoque qu'il a les caractères les plus tranchés; en effet, les deux portions qui le forment ne sont pas complètement rondes mais réniformes; elles sont opposées par leur face légè-

rement concave. Les Allemands le comparent à une sorte de petit pain, les auteurs classiques disent qu'il ressemble à un grain de café. La grosseur du gonocoque, comme celle de tous les microbes, est un peu variable; le diamètre longitudinal est en moyenne de 0,8 μ à 1 μ et le diamètre transversal de 0,6 μ à 0,8 μ. Dans les tissus, dans le pus par exemple, la morphologie, est assez régulière et dans une même préparation la grosseur ne varie pas trop. Il n'en est pas de même lorsque le gonocoque s'est développé en dehors de l'organisme humain.

Dans les cultures artificielles, le gonocoque prend des aspects plus variés ; il est moins uniforme que dans les tissus. Si on examine des échantillons, développés sur un bon milieu de culture, le milieu de Wertheim, par exemple, on constate que beaucoup d'éléments sont en diplocoques, tout à fait semblables à ceux qu'on voit dans le pus, mais tout à côté on voit des cocci isolés, de grosseur très variable ; quelques-uns sont beaucoup plus gros que les gonocoques observés dans le pus, d'autres plus petits. Enfin de nombreux éléments paraissent n'être pas tout à fait ronds et donnent des images irrégulièrement polygonales ; ce détail peu marqué n'apparaît qu'à un assez fort grossissement. Un caractère assez important est dans ce fait que le gonocoque n'est ni un streptocoque ni un véritable staphylocoque. On sait en effet que les cocci, par leur façon de se subdiviser, sont soumis à certaines règles dans les rapports qui unissent leurs éléments entre eux. La plupart de ceux que nous connaissons se mettent en chaînettes, en chapelets (streptocoques) ou en grappes (staphylocoques). Les éléments des gonocoques sont placés les uns près des autres par amas mais sans ordre apparent, ils ne semblent pas accolés d'une façon très intime et apparaissent comme séparés les uns des autres par une matière glaireuse. Il y a donc dans la morphologie du gonocoque en culture un ensemble de caractères qui le différencie des microbes ordinaires. L'examen soigneux de certaines formes semble montrer que le gonocoque se multiplie par division longitudinale, quelquefois une double division les sépare en quatre. Nulle part on ne voit de spores. Les éléments trop gros ne sont que des formes involutives.

Le gonocoque est un microbe immobile, incapable de se déplacer par lui-même. On a bien décrit des mouvemeuts de rotation, oscillation, translation lente (Legrain), d'oscillation simple (Bockhart), de pénétration (Moore) ; mais nous croyons qu'en réalité ce ne sont que des mouvements browniens ou des mouvements passifs communiqués par les phénomènes physico-chimiques du milieu.

Le gonocoque a la propriété de fixer facilement certaines couleurs comme le carmin, l'hématoxyline et surtout les couleurs basiques d'aniline (violet de méthyle, violet de gentiane, fuchsine, bleu de méthylène). Nous ne donnerons pas ici la technique des colorations

qui appartient aux méthodes générales de la bactériologie (d'ailleurs nous indiquerons plus loin un procédé simple pour faire le diagnostic du gonocoque) ; disons seulement que, malgré les nombreux procédés publiés, les meilleurs et les plus simples pour colorer les gonocoques, venant de culture ou contenus dans le pus, sont la méthode de Löffler (bleu de méthylène alcalin) ou l'emploi de la solution hydro-alcoolique du violet de gentiane. Ces procédés, quoique vieux, sont les plus pratiques et peut-être les mieux appropriés à ce microbe.

Le gonocoque se décolore complètement par la méthode de Gram ordinaire ; c'est un caractère important dont Roux a montré l'utilité pratique dans le diagnostic microscopique de cet organisme. Il y a en effet peu de microcoques qui ne se colorent pas par cette méthode, et il faut toujours l'employer lorsqu'on soupçonne le gonocoque ; car, si le microbe qu'on a sous les yeux reste coloré, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas du microbe de la blennorrhagie.

La coloration du gonocoque dans les coupes est plus difficile. Les coupes faites après inclusion dans la paraffine ou la celloïdine, et traitées par les moyens habituels, peuvent être colorées par différents procédés, mais nous en indiquerons seulement trois.

Les coupes doivent être très fines et pour cela il vaut mieux les faire sur les pièces incluses dans la paraffine ; les coupes sont collées, etc., comme c'est indiqué dans toutes les méthodes générales. La coloration peut se faire par le bleu de Löffler qui donne des préparations très fines ; il faut avoir soin de laver très légèrement à l'alcool, juste ce qu'il faut pour déshydrater. Cette méthode est difficile à manier si on n'en a pas l'habitude.

M. Nicolle et Morax appliquent au gonocoque un procédé général pour colorer les microbes qui se décolorent par la méthode de Gram. On met la coupe 4 à 5 minutes dans le mélange :

Bleu de méthylène	1 gr.
Alcool absolu	10 gr.

Faire dissoudre et ajouter peu à peu :

Acide phénique	1 gr.
Eau	100 »

On lave à l'eau destillée et on plonge la coupe quelques secondes dans le mélange suivant :

Tanin à l'éther	1 gr.
Eau distillée	10 »

On lave à l'alcool absolu pour obtenir la différenciation et la déshydratation, puis dans le xylol, et on monte dans le baume.

L'emploi de la thionine phéniquée est plus simple.

Thionine	1 gr.
Alcool à 90°	10 »

Faire dissoudre et ajouter :

Acide phénique	0,50 centigr.
Eau	100 gr.

Il suffit de laver à l'alcool absolu et au xylol et de monter.

Il est inutile d'indiquer toutes les méthodes publiées, cela ne servirait qu'à embrouiller les idées. Chaque expérimentateur a pour ainsi dire un procédé particulier ; c'est qu'en effet le gonocoque se colore facilement mais se décolore de même, il est donc très délicat d'avoir des éléments suffisamment colorés pour qu'ils puissent se détacher sur les tissus qui, eux aussi, fixent la couleur ; il faut tâtonner pour obtenir le degré de décoloration voulu de la coupe. Ce n'est qu'en maniant longtemps le même procédé qu'on peut obtenir le tour de main nécessaire.

Culture du gonocoque. — Immédiatement après la découverte microscopique de Neisser, partout confirmée, les bactériologistes ont cherché à cultiver le gonocoque dans les milieux artificiels ; car c'était un point des plus importants pour pouvoir faire l'étude de cet organisme et en montrer définitivement la valeur pathogène. Les premiers essais ne furent point couronnés de succès (Bouchard et Capitan, Bokaï et Finkelstein, Neisser, Krause, Leistikow et Löffler, Kreis, C. Paul et Chameron, Sternberg, Oppenheimer qui employait la gélatine à l'urine, Bockhart), les expérimentateurs ou bien n'obtinrent rien, ou n'eurent que des cultures étrangères au gonocoque ou impures. Il faut arriver à Bumm pour avoir des notions exactes sur la culture de cet organisme. Ce que l'on savait empiriquement du virus de la chaudepisse devait faire penser que le microbe de cette maladie était sans doute bien fragile et difficile à faire développer en dehors de l'organisme. On n'ignorait pas en effet combien la contagion médiate était rare et difficile, et a priori on pouvait supposer que le gonocoque était un de ces micro-organismes presque exclusivement parasites. Les premières tentatives de culture, comme nous l'avons dit, avaient confirmé ces idées, le gonocoque ne s'accommodait point des milieux simples ou habituellement employés en bactériologie. Bumm essaya alors un milieu, se rapprochant le plus possible du milieu vivant dans lequel ce microbe se multiplie en parasite, il prit du sang humain. Les cultures sur sérum d'animaux avaient en effet échoué et il semblait que les exsudats de l'homme étaient seuls convenables.

Pour se procurer du sérum de sang humain, assez difficile à obtenir, Bumm employa le sang placentaire ; il recueillait aseptiquement, dans des vases stérilisés, le sang qui s'écoulait du bout maternel du cordon

ombilical, immédiatement après la naissance. Chaque placenta donne ainsi une cinquantaine de centimètres cubes de sang; après vingt-quatre heures de repos, on décante purement le sérum exsudé qu'on distribue dans des tubes. Ce sérum est coagulé à 70° environ et c'est sur sa surface qu'on étale les gouttelettes de pus. Si le sérum n'est pas recueilli d'une façon pure, on le stérilise par le chauffage discontinu; c'est d'ailleurs la même technique générale que pour la préparation du sérum de bœuf coagulé, en usage courant pour le diagnostic de la diphtérie.

Bumm obtint des cultures pures qui furent réensemencées jusqu'à la 20e génération, qu'il décrivit très exactement et dont il montra la nature gonococcique par l'inoculation à l'homme. Il reproduisit ainsi la maladie, cliniquement identique à la blennorrhagie, et, dans l'écoulement ainsi provoqué, il retrouva microscopiquement le gonocoque avec tous ses caractères morphologiques. Le travail de Bumm a donc fait notablement avancer nos connaissances sur le gonocoque et a prouvé d'une façon indubitable, la valeur pathogène de l'organisme trouvé par Neisser.

Cependant le procédé de Bumm était bien peu pratique, le sérum de sang humain est difficile à se procurer, le gonocoque y poussait peu abondamment et il devenait difficile de l'isoler quand le pus contenait beaucoup de microbes étrangers dont la croissance étouffait le gonocoque. Bockhart, Hueppe s'ingénièrent à trouver un autre milieu ; Wertheim est celui qui fit la meilleure étude et régla le mieux le procédé que nous reconnaissons encore aujourd'hui comme supérieur.

A de la gélose, faite comme d'habitude, il ajoutait un volume égal de sérum de sang humain. La gélose était préalablement fondue et, après l'avoir laissée refroidir à 40°, on y mélangeait le sérum chauffé lui aussi à 38°-40°. En ensemençant le pus à examiner dans ces mélanges et en faisant plusieurs dilutions, il obtenait des plaques au moyen desquelles il isola des colonies de gonocoque de pus contenant de nombreuses impuretés. Nous indiquerons plus loin la technique exacte qu'il convient de suivre en pratique.

Le nombre des auteurs qui ont essayé d'autres milieux est considérable, nous les passerons rapidement en revue. La glycérine (Kiefer), le sucre n'améliorent pas notablement le milieu. La difficulté de se procurer le sérum de sang humain engagea les bactériologistes à remplacer celui-ci dans le milieu de Wertheim par le sérum d'animaux. Le sérum du bœuf (Wertheim, Weichselbaum, Finger, Ghon et Schlagenhaufer) aurait donné quelquefois des résultats ; de même pour le sang du lapin, de cobaye. Notre expérience personnelle nous a montré que ces sérums étaient le plus souvent insuffisants et qu'il ne faut pas es employer si on veut être sûr de cultiver le gonocoque.

Beaucoup d'autres milieux compliqués ne donnent que de mauvais résultats, tels que les mélanges de gélose et de sérum chauffés de Kral; l'albumine de l'œuf de Steinschneider, de l'œuf de vanneau de Schrötter et Winkler, la solution de jaune d'œuf de Nastjukoff, la gélose jaune d'œuf avec laquelle Sée a eu un succès. Certains auteurs, voyant que le gonocoque se développe dans l'urèthre lavé continuellement par l'urine, crurent que cette dernière serait un bon milieu (Finger), ils l'additionnaient soit à la gélose soit à la gélose-sérum (Steinschneider, Wright); c'est une très mauvaise méthode en réalité. Les milieux acides essayés par Turro ne valent absolument rien. Ces idées théoriques ne supportent pas d'ailleurs la critique; les gonocoques ne pullulent pas dans l'urine de l'urèthre, ils se développent dans l'épaisseur de l'épithélium où la réaction est alcaline et où la constitution chimique des tissus n'a rien à voir avec celle de l'urine.

Si toutes ces méthodes de cultures ont paru quelquefois donner des résultats positifs, c'est que, en ensemençant l'écoulement gonorrhéique, on transporte sur le milieu une gouttelette de pus où le microbe se développe, c'est ainsi qu'on peut obtenir de maigres cultures du gonocoque sur la gélose ordinaire, mais il est impossible de faire dans ces conditions des cultures en séries, aussi pour fixer les idées nous donnerons exactement les seuls procédés qui permettent véritablement de cultiver cet organisme.

Le gonocoque ne se développe pas à la température ordinaire, il ne pousse qu'à l'étuve à 35°-38°.

Il faut que le milieu ait une réaction alcaline; on n'obtient qu'un développement pauvre sur les milieux neutres et rien sur les milieux acides.

On ne peut faire de cultures sur la gélatine, sur la gélose, sur pomme de terre, sur sérum de bœuf coagulé ni dans le bouillon; il semble nécessaire que le substratum nutritif contienne des sérosités humaines. Est-ce la globuline ou la sérine qui est nécessaire. Morax s'est assuré que l'hémoglobine et la globuline sont insuffisantes. La sérine seule est utile. Le glucose en petite quantité n'est pas nuisible, le gonocoque l'attaque car il y a production d'acide.

Le meilleur milieu est celui de Wertheim fait avec la gélose-sérum de sang humain ou bien avec la gélose mélangée au liquide d'hydrocèle (Steinschneider), de pleurésie (Heiman) et enfin surtout au liquide d'ascite (Kiefer). Ces exsudats organiques seuls sont en effet de mauvais milieux, il faut y ajouter de l'eau et de la peptone en certaines proportions, ce qu'on fait par le mélange indiqué par Wertheim. Voici comment il faut opérer : On prépare un ballon ou un bocal dont le bouchon est traversé par deux tubes de verre; un de ces tubes, bouché avec du coton, laisse passer librement l'air, l'autre plonge jusqu'au fond du vase et on y adapte un tuyau de caoutchouc, ce tuyau porte à son ex-

trémité une aiguille de Dieulafoy qui sert à ponctionner, cette aiguille est entourée d'un morceau de papier retenu par une ligature lâche. Tout l'appareil est stérilisé à l'autoclave. Lorsqu'on a à faire une ponction, on stérilise la peau en la lavant successivement avec l'éther, l'alcool, le sublimé au millième, et enfin à l'alcool et à l'éther pour enlever l'antiseptique. On enlève avec précaution le capuchon de papier qui est sur l'aiguille et on ponctionne. Quand le vase est plein on met une pince sur le tuyau de caoutchouc et on replace le capuchon de papier; au laboratoire on remplace avec toutes les précautions l'aiguille à ponction par un tube pipette stérilisé.

Le tube faisant siphon, il est facile de distribuer le liquide purement quand on en a besoin.

D'autre part, on prépare de la gélose ordinaire peptonisée, salée et alcalinisée, mais contenant 2 p. 100 d'agar, On la distribue en tubes et on la stérilise. Lorsqu'on veut faire le mélange, on fait chauffer les tubes dans l'eau bouillante, on laisse refroidir au-dessous de 60° et, avec l'appareil décrit plus haut, on distribue dans ces tubes une quantité égale ou seulement 1/3 de liquide d'ascite, on couche les tubes qui font bientôt prise; on obtient ainsi un milieu clair et ayant les propriétés de la gélose ordinaire. Si on veut faire des plaques, on ensemence par dilutions successives des tubes encore liquides, c'est-à-dire à 39° environ et on les verse immédiatement dans des boîtes de Pétri. Il est plus simple de faire des plaques en surface comme nous l'avons indiqué dans notre thèse; pour cela on ensemence plusieurs tubes solidifiés et inclinés en se servant, pour faire les dilutions nécessaires, du liquide exsudé dans le fond du tube; on étale ensuite avec soin ce liquide exsudé sur la surface de la gélose. On met les tubes à l'étuve en les tenant droits. Les colonies isolées se développent à la surface, on peut les étudier à un faible grossissement et on peut les prendre avec une aiguille pour les repiquer.

Pour préparer un milieu liquide, on se sert de tubes de bouillon ordinaire, dans lesquels on distribue, de la même façon, une partie égale de liquide d'ascite.

Si on n'a pas de liquide d'ascite et qu'on ait besoin de faire extemporanément quelques tubes, propres à cultiver le gonocoque, on prépare des tubes de Pfeiffer au sang humain. Pour cela, après avoir désinfecté la peau de la face *dorsale* de son doigt, à quelques millimètres de l'ongle, en lavant successivement à l'éther, l'alcool, le sublimé, l'alcool et l'éther, on pique la peau avec une pointe bien tranchante, et, en pressant le doigt, on fait sourdre une assez grande quantité de sang qu'on recueille dans une pipette stérilisée. On étale ensuite quelques gouttelettes de ce sang sur la surface d'un tube de gélose bien préparée (gélose à 1 et demi p. 100 et pas trop vieille pour que la surface ne soit pas desséchée). Avec une seule piqûre on

recueille suffisamment de sang pour faire 4 à 5 tubes. Ce milieu est assez bon et a l'avantage d'être facilement préparé immédiatement.

Voilà donc la technique nécessaire pour les milieux de culture. Voyons les caractères du gonocoque quand il se développe.

Sur plaque, ce microcoque donne, au bout de vingt-quatre heures, de fines colonies qui apparaissent comme de petits points de couleur blanc grisâtre. Examinées à un faible grossissement, ces colonies forment de petites taches finement granuleuses, jaunâtres, à bords finement ondulés, très fins. Le lendemain elles sont plus grosses, d'un brun jaunâtre, arrondies ou plus souvent ovales, lenticulaires ou irrégulières. Lorsque la colonie arrive à la surface de la gélose, elle devient tout à fait caractéristique. A l'œil nu, on voit une couche très fine, transparente. A un faible grossissement on constate, au centre de la colonie, un point brun jaunâtre, plus opaque, qui n'est autre chose que la partie de la colonie située dans l'épaisseur du milieu; tout autour on voit un nuage léger très transparent, incolore, très mince et finement granuleux, les contours sont tellement translucides qu'il est difficile de les délimiter. La partie profonde ne progresse pas, mais la colonie à la surface peut atteindre 1 à 2 millimètres de diamètre. Plus les colonies sont rapprochées, moins elles deviennent grosses.

Ensemencé à la surface de la gélose, en strie, le gonocoque donne une série de petits points blancs, transparents, humides, d'aspect muqueux, ressemblant parfois à des gouttelettes de pus. Les jours suivants, ces colonies grossissent, s'étalent, mais restent plates, translucides. Lorsqu'on veut les prendre avec l'aiguille de platine on constate qu'elles sont gluantes et filantes, mucoïdes. Elles végètent par la périphérie dont les bords sont quelquefois finement dentelés; le centre se dessèche et devient moins transparent. Elles sont peu adhérentes à la gélose et une goutte d'eau les enlève assez facilement. Lorsque l'ensemencement est discret et les colonies bien séparées, elles peuvent acquérir plusieurs millimètres de diamètre; lorsqu'elles sont très près les unes des autres, elles forment de petits points parfois confluents. Les colonies quelquefois ne poussent pas toutes en même temps et on voit de toutes petites colonies apparaître un jour ou deux après les autres, ces dernières ayant déjà un certain volume.

Dans le bouillon ordinaire, additionné d'un tiers de sérum d'ascite, le gonocoque donne des cultures abondantes. Il trouble légèrement le milieu, forme une mince pellicule à la surface. Au fond il se dépose des flocons.

Sur sérum de sang humain coagulé de Bumm, le gonocoque donne un vernis extrêmement mince, difficile à voir, incolore par transparence, grisâtre par réflexion. La surface est plane, humide, visqueuse; les bords finement dentelés. Le milieu n'est jamais liquéfié.

La liquéfaction de la gélatine étant un caractère important pour les microbes, nous avons cherché à savoir comment le gonocoque se comportait à cet égard. Il fallait employer une méthode indirecte, car la culture ne se faisant qu'à l'étuve on ne pouvait avoir de développement sur gélatine solide. Nous avons fait un mélange de gélatine et de liquide d'ascite comme pour la gélose ascite et, après ensemencement, nous l'avons mise à l'étuve. Le mélange, à cette température, reste liquide, mais le gonocoque y pousse très bien; après plusieurs jours, nous avons retiré la gélatine-ascite de l'étuve et nous l'avons laissée refroidir; elle a complètement fait prise, ce qui n'arrive pas lorsqu'il s'y est développé dans les mêmes conditions un microbe liquéfiant. Le gonocoque ne liquéfie donc pas la gélatine.

Wertheim avait dit que le gonocoque était anaérobie facultatif, mais cet auteur n'avait pas employé de milieux rigoureusement privés d'air. Nous avons constaté au contraire que cet organisme est aérobie exclusif. Il est facile de se rendre compte de ce besoin d'oxygène par une expérience très simple. Dans des tubes contenant de la gélose-ascite en couche profonde, 10 centimètres de hauteur, on ensemence pendant que le milieu est liquide un peu de microcoque. On fait solidifier rapidement la gélose par l'eau froide et on met à l'étuve. On voit alors que la culture se fait exclusivement à la surface et à un millimètre au plus de profondeur dans l'épaisseur du milieu. Les parties profondes restent stériles.

Le gonocoque est fragile, les cultures, laissées à l'étuve meurent assez facilement, on doit les réensemencer tous les huit jours. A la température ordinaire les cultures déjà faites meurent rapidement.

A l'état humide le gonocoque peut se conserver assez longtemps; ainsi le pus dans des pipettes reste virulent plusieurs heures, mais la dessiccation le tue rapidement. La dilution dans l'eau est assez rapidement nocive (5 heures, Finger).

L'action des antiseptiques a besoin d'être réétudiée à nouveau. Le nitrate d'argent serait le plus actif.

Le gonocoque peut vivre sur des muqueuses contenant d'autres microbes; cependant le plus souvent au moment où la maladie est à son acmé, les autres microbes disparaissent, comme nous l'avons vu pour la vulvite des petites filles. Il serait intéressant de voir l'action du gonocoque sur les cultures d'autres microbes, et réciproquement. Steinschneider et Schæffer ont montré ainsi que le gonocoque empêche le développement du bacille pyocyanique.

Diagnostic bactériologique. — De toutes ces connaissances morphologiques et biologiques du gonocoque, voyons si nous pouvons tirer quelques conséquences pratiques pour le diagnostic bactériologique appliqué à la clinique. Il y a des cas assez nombreux où le médecin, malgré un examen soigneux de son malade,

ne peut pas poser un diagnostic certain, et cependant des considérations d'hygiène, de prophylaxie, de thérapeutique, demandent impérieusement de fixer la nature de l'affection. Il s'agit par exemple de savoir quelle est la nature d'un écoulement uréthral, la thérapeutique exige un diagnostic rapide et précis d'une ophtalmie purulente, la médecine légale a besoin de savoir si oui ou non une vulvo-vaginite est à gonocoque. Un malade soigneux de l'hygiène et de la prophylaxie vient demander s'il est vraiment guéri, etc. Bien d'autres questions peuvent être posées en pratique et nous croyons utile de résumer (quitte à nous répéter) les procédés qu'il faut employer pour faire le diagnostic bactériologique. Bien entendu, nous ne devons pas oublier que le praticien, qui, à notre époque, a quelques notions de bactériologie, ne possède pas un outillage complexe et luxueux et qu'il lui faut, pour ne pas s'égarer, des notions simples, claires et précises. Aussi nous ne donnerons que la méthode la plus simple et la plus capable de donner de bons résultats dans toutes les mains, bien que ce ne soit pas la plus récente, car beaucoup de procédés qui ont le mérite de la nouveauté n'ont point celui de la qualité.

Lorsqu'on veut faire un examen d'un exsudat, il faut prélever un peu de la matière à examiner et, avec une aiguille de platine, l'extrémité d'une pipette, l'étaler en couche mince sur des lamelles. Laissant aussitôt la face de la lamelle enduite exposée à l'air libre, on fait complètement sécher la préparation, puis on la fixe, en la passant trois fois dans une flamme, la face enduite étant tournée en haut. Pendant ce temps on a préparé extemporanément un bain colorant obtenu en versant dans un peu d'eau quelques gouttes d'une solution alcoolique saturée de violet de gentiane (solution qu'on peut avoir en provision car elle se conserve parfaitement) jusqu'à ce que le liquide devienne violet opaque.

La lamelle, préparée comme il a été dit, est placée dans ce bain, la face enduite tournée en bas, on la laisse baigner quelques minutes. On la retire et on la lave dans l'eau. La préparation est terminée, il suffit de la placer sur une lame, en interposant une goutte d'eau, ou de la laisser sécher complètement pour la monter dans le baume.

L'examen microscopique doit être fait avec un bon objectif à immersion. Voici alors ce qu'on constate quand la préparation a été faite avec un exsudat provenant d'une muqueuse. Le fond de la préparation est à peine teinté, çà et là on voit des cellules épithéliales, grosses, reconnaissables à leur forme et à leur structure, leur protoplasma est teint par le violet de gentiane en rose pâle, le noyau, unique et gros, est teint en rose violacé. On voit aussi de nombreux leucocytes dont le protoplasma est rose pâle et dont le noyau volumineux, rond ou le plus souvent bi ou trilobé, est violet. C'est à l'intérieur de ces cellules de pus qu'il faut chercher le gonocoque ; en

étudiant la préparation on voit bientôt une de ces cellules contenant un grand nombre de micro-organismes.

Ils se présentent sous la forme de corps arrondis, deux par deux en diplocoques, quelques-uns affectent la forme classique de deux grains de café accolés par leur face concave. Ils sont colorés en violet noir et la plupart forment de petits amas intra-cellulaires. Beaucoup sont libres en dehors des cellules, mais ils sont moins caractéristiques et peuvent être confondus avec des microcoques du pus dont quelques-uns prennent aussi l'aspect réniforme qui n'est point spécial au gonocoque. Il faut donc rechercher à la fois les formes en grain de café et l'existence d'amas à l'intérieur d'une cellule, ce sont les deux caractères importants.

Enfin il faut y joindre un troisième caractère histo-chimique, c'est la propriété que le gonocoque a de ne pas se colorer par la méthode de Gram. Il faut donc toujours rechercher ce caractère en suivant la méthode régulièrement. Pour cela une des lamelles enduites, séchée et fixée comme nous avons dit, est laissée quelques minutes dans la solution d'Ehrlich (eau saturée d'huile d'aniline et filtrée à laquelle on ajoute quelques gouttes de la solution alcoolique de violet de gentiane). On retire la préparation de ce bain pour la plonger 4 à 5 minutes dans la solution iodo-iodurée (iode 1 gramme, iodure de potassium 2 grammes, eau 300 grammes). La préparation est enfin lavée dans l'alcool fort jusqu'à complète décoloration.

La lamelle est montée dans le baume et examinée. Il faut se servir de l'objectif à immersion en ayant soin d'enlever l'éclairage Abbe, car une trop grande lumière noierait les formes décolorées. On constate alors que les cellules décolorées contiennent encore les gonocoques, mais que ces derniers sont décolorés, on les reconnaît à leur réfringence qui les fait paraître comme de petits points brillants.

Cet examen microscopique est relativement simple et est vraiment caractéristique dans la plupart des cas ; mais il faut se souvenir que le diagnostic est basé non pas sur un seul caractère, mais sur l'ensemble de trois propriétés qui doivent être réunies : *forme en grain de café, situation intra-cellulaire, décoloration par la méthode de Gram.*

Cet examen microscopique seul est en général suffisant pour faire un diagnostic bactériologique d'une inflammation aiguë gonococcique, comme cela peut être utile à propos d'une conjonctivite purulente, d'une uréthrite aiguë, d'une vulvo-vaginite. Mais si on a affaire à des cas où le gonocoque est associé à de nombreux microbes (gonorrhée chronique), ou bien où il est en très petite quantité (arthrite, bartholinite, etc.), l'examen microscopique peut rester sans résultat ; il faut donc savoir se servir de la culture, qui, en réalité, peut être faite très simplement. Si on a le moyen de préparer le milieu de Wertheim, il faut le faire, mais cela est déjà compliqué et il est plus facile d'employer le

milieu de Pfeiffer qu'on peut préparer extemporanément. (Voir plus haut.)

On ensemence l'exsudat qu'on veut examiner sur ces tubes de gélose ensanglantée. Après 48 heures de séjour à l'étuve, on cherche les colonies dont nous avons plus haut donné les caractères et sur lesquels nous ne reviendrons pas, voulant seulement donner ici la marche à suivre pour faire aussi simplement que possible le diagnostic bactériologique du gonocoque. Bien entendu, s'il s'agit d'un cas où l'on veut prouver scientifiquement l'existence du gonocoque, il faut non seulement faire des examens microscopiques, mais cultiver, isoler le microbe en culture pure et l'étudier complètement pour pouvoir apporter des preuves irréfutables; mais dans ce paragraphe nous nous sommes placé au seul point de vue de la pratique courante; les caractères microscopiques tels que nous venons de les indiquer, et la culture simple sur la gélose de Pfeiffer répondent à ce desideratum.

Rôle pathogène. — Maintenant que nous connaissons la biologie générale du gonocoque, voyons le rôle qu'il joue dans la pathologie humaine.

Les milliers d'observations qui ont suivi celles de Neisser et enfin la démonstration péremptoire qui a été faite par l'inoculation de cultures (Bumm, Wertheim, etc.) ont prouvé d'une façon certaine que le gonocoque est l'organisme de la blennorrhagie. Qu'il se développe dans l'urèthre, sur la conjonctive, sur la vulve, dans les glandes annexées aux organes génitaux, partout, en un mot, où il cause des lésions, le gonocoque imprime à la maladie un cachet tel que, bien avant sa découverte, la clinique avait réuni toutes ces affections sous le nom de maladie blennorrhagique. S'il est vrai qu'on peut rencontrer des uréthrites, des conjonctivites sans gonocoques, c'est que ces muqueuses sont capables de s'enflammer pour d'autres causes, mais dans tous les cas où la maladie mérite véritablement le nom de blennorrhagie, on trouve le gonocoque comme on trouve le bacille de Koch dans la tuberculose. Chez l'homme, la muqueuse de l'urèthre est le terrain par excellence où se développe le gonocoque, pour y causer la chaude-pisse classique; mais, par continuité, par contiguïté, par inoculation secondaire ou par métastase, il peut faire bien d'autres lésions, complications pour la plupart de la blennorrhagie, comme on les décrit en clinique. Il est important de délimiter le rôle du gonocoque et des infections secondaires dans ces cas.

On comprend que les glandes annexées à l'urèthre, que les glandes de Cowper, que la prostate puissent être facilement envahies; de là les abcès péri-uréthraux, les prostatites, etc., où le gonocoque a été trouvé soit seul, soit associé (Bockhart, Putzler, Pezzoli, Finger). Le même processus s'applique à l'uréthrite postérieure, à la déférentite et, quoi qu'en aient dit Eraud et Hugounenq, à l'épididymite et à l'orchite.

Après avoir franchi l'urèthre postérieur, le gonocoque envahit la vessie et se développe surtout sur la muqueuse du col. Pendant longtemps on a nié la présence du gonocoque dans ces cystites qu'on attribuait à des infections secondaires; d'autres auteurs ont admis l'infection mixte (Bumm, Reblaub, Barlow, etc.); les observations de Wertheim, qui a montré la présence du gonocoque dans l'épaisseur de la muqueuse vésicale, ont prouvé que cet organisme peut vraiment causer la cystite. Il en est probablement de même pour les pyélonéphrites, bien que les observations démonstratives nous manquent encore.

Chez la femme, le gonocoque, après avoir pullulé sur la muqueuse de l'urèthre, peut envahir les organes voisins comme chez l'homme. Comme chez l'homme, l'urèthre de la femme est le terrain de prédilection ainsi que les glandes et les cryptes qui y sont annexées. La vulvite si fréquente a été attribuée à l'irritation causée par le pus, aux infections secondaires; en réalité le gonocoque joue le principal rôle, mais il est plus difficile de démontrer sa présence à cause du grand nombre de bactéries saprophytes qui infectent cette région. La vaginite, à laquelle on a donné tantôt la première et tantôt la dernière place au point de vue de la fréquence dans les manifestations de la blennorrhagie, est en effet relativement rare. Bumm avait prétendu que la muqueuse vaginale ne pouvait pas être attaquée par le gonocoque à cause de son épithélium pavimenteux et que le pus provenait de la métrite (Steinschneider, Neisser, Sigmund). L'opinion de Bumm est certainement exagérée et la nature de l'épithélium n'est pas une barrière invincible pour le gonocoque; il n'en est pas moins vrai que la vaginite est rare et que l'infection se fait plus volontiers dans l'utérus même où le gonocoque a été bien nettement constaté (Wertheim, Rendu et Hallé, etc.). Cette métrite pourrait même être primitive.

Les recherches de Westermark, d'Orthmann, de Döderlein, de Wertheim, d'Hartmann et Morax, etc., ont montré que le gonocoque envahissait les trompes. Les salpingites catarrhales suppurées sont la conséquence de la pullulation de ce microbe, quelquefois d'autres microbes y sont associés. Il est en général assez difficile de voir le gonocoque dans ces salpingites, parce qu'il n'y est en quantité notable qu'au début de la maladie, il ne pullule guère dans le pus mais plutôt dans l'épaisseur de la muqueuse, et souvent pour le déceler il faut l'emploi des cultures sur des milieux très sensibles. Enfin l'ovarite et la péritonite (Wertheim, Menge, etc.) peuvent être la dernière expression d'une infection génitale intense par le gonocoque.

Il nous faut dire quelques mots des bartholinites. Chez la femme les glandes de Bartholin sont non seulement souvent infectées par le gonocoque (Sænger, Arning, Welander, Touton, Griffon), mais cette glande est le réceptacle le plus constant de ce microbe. Cette infec-

tion peut avoir lieu à tous les degrés ; souvent ce n'est qu'un peu d'inflammation de la muqueuse au niveau des canaux excréteurs, mais souvent la glande est bien envahie en entier et, en la pressant, on fait sourdre du pus qui contient en abondance et presque constamment à l'état pur, comme nous l'avons constaté, le gonocoque.

Quand l'orifice vient à s'oblitérer, la glande forme un abcès plus ou moins considérable, qu'on est obligé d'ouvrir, et, dans ces cas, le pus contient quelquefois du gonocoque seul ou bien associé à des microbes exclusivement anaérobies qui causent de la fétidité, c'est du moins ce qui résulte de nos observations personnelles ainsi que de celles de J. Hallé.

L'étiologie de la vulvo-vaginite des petites filles (Fränkel, Epstein, Morax, Weill et Barjon, Berggrun, Veillon et Hallé, etc.) est une des pages les plus intéressantes de l'histoire de l'infection gonococcique.

Autrefois on croyait que la vulvo-vaginite des petites filles n'avait rien de spécifique et qu'elle était constituée par une inflammation catarrhale de causes banales. D'autre part, certaines de ces vulvo-vaginites ayant les caractères très nets de blennorrhagie, le médecin légiste n'était pas éloigné de croire qu'elle était forcément la conséquence de rapports génitaux, voire même de viol. Aujourd'hui il est démontré d'une façon très claire que la vulvo-vaginite caractérisée, purulente, est bien une blennorrhagie, causée par le gonocoque, mais il est prouvé non moins nettement que la contagion se fait le plus souvent par un contact médiat (mains des infirmières, thermomètres, vases, éponges, contacts plus ou moins immédiats avec sœurs, parents, etc., atteints de la maladie) ; les enfants, en effet, paraissent extrêmement sensibles à la contagion. Il faut donc savoir que la vulvo-vaginite des petites filles est de nature gonococcique, notion qui impose une thérapeutique et une prophylaxie spéciales. Il faut aussi savoir qu'elle n'est pas forcément d'origine vénérienne et qu'elle n'est souvent, pour employer le mot si juste de notre maître M. le professeur Fournier, qu'une chaudepisse imméritée.

Le gonocoque peut être transporté de l'urèthre sur la conjonctive, soit sur un malade déjà atteint de blennorrhagie, soit sur un individu sain. Il en résulte l'ophtalmie purulente. L'ophtalmie purulente blennorrhagique de l'adulte est connue depuis longtemps, les notions étiologiques de celles du nouveau-né sont de date relativement récente (Neisser, Krause, Crédé, Zweifel, Kroner, etc.), mais bien démontrées. Il existe encore d'autres manifestations oculaires de l'infection à gonocoque, c'est unes cléro-conjonctivite dans laquelle Morax a trouvé le microbe de Neisser, des irido-choroïdites où cet organisme doit jouer le même rôle, mais on n'a pas encore pu le rechercher. Dans ces cas le gonocoque vient se fixer dans l'œil par la voie sanguine, comme dans les arthrites.

Le gonocoque a été rencontré d'une façon non douteuse dans la blennorrhagie ano-rectale (Neisser, Frisch, Tuttle, Neuberger et Borzechi, Hartmann, Griffon), moins nettement dans la bouche et le nez.

Dans ces dernières années on a étudié avec grand soin les localisations du gonocoque qui se font par métastase. En effet, les synovites, arthrites, endocardites, si fréquentes dans la blennorrhagie, bien qu'elles aient un caractère spécial, sont-elles le fait des gonocoques ou de sa toxine, ou bien la conséquence d'infections secondaires? Des observations récentes, précises, ont montré que le gonocoque jouait dans ces cas le seul ou le principal rôle. Pour aller faire des foyers infectieux dans les articulations, les plèvres, etc., il faut nécessairement que le gonocoque passe par le sang, mais on comprend que ce liquide servant seulement de véhicule il soit bien difficile d'y déceler la présence du microbe; Bumm, Wertheim, Legrain ont échoué. Hewes aurait réussi, mais ses expériences ne sont guère démonstratives; celles de Thayer et Blumer le sont davantage. Quoi qu'il en soit, le passage par le sang nous est prouvé par ce fait que le gonocoque a été trouvé d'une façon indéniable dans les arthrites par nombre d'auteurs et en particulier par Bordoni-Uffreduzzi qui cultiva le gonocoque et prouva sa nature par l'inoculation, par Burci, dans les synovites (Macaigne et Tollemer, Jacobi et Goldmann), dans la pleurésie par Mazza. Les observations de Leyden, Councilmann, Winterberg, etc., ont montré que le gonocoque pouvait faire des endocardites. Une excellente observation de Rendu et Hallé a prouvé d'une façon péremptoire que le gonocoque pouvait se généraliser de telle sorte qu'il était capable de faire une infection, générale, grave, avec localisations multiples et endocardite ulcéreuse et végétante, terminée par la mort. L'examen bactériologique, très soigneux, a été fait pendant la vie et après la mort par examen microscopique, cultures et étude complète de l'organisme trouvé. Le gonocoque bien caractérisé et à l'état pur a été rencontré dans l'utérus, dans le pus périarticulaire, dans les végétations de l'endocarde.

Ce travail tranche donc la question et nous pouvons dire que le gonocoque est, à l'état habituel, un parasite de certaines muqueuses, mais que souvent il envahit les organes contigus aux muqueuses atteintes, qu'il peut se cultiver sur des tissus très différents des muqueuses, comme le péritoine, certaines séreuses, l'endocarde, qu'il peut enfin, en se généralisant, faire une infection grave, mortelle.

Les accidents nerveux, myélites, névrites, troubles trophiques (Jeanselme, Jacquet) sont-ils causés par la pullulation du gonocoque dans les centres nerveux ou par l'action de la toxine? Malgré de nombreux travaux, aucun fait probant n'a encore été acquis et la question reste dans le domaine de la théorie.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques, grâce aux travaux de Bumm, Touton, Jadassohn, Fabry, Dinkler, Finger, Gohn et Schlagenhaufer, etc. sont bien connues. Le gonocoque, sur les muqueuses, se multiplie rapidement (trois jours d'incubation en moyenne), il s'insinue entre les cellules épithéliales et provoque une violente diapédèse. Le pus apparaît formé par des cellules épithéliales et des leucocytes mono et polynucléaires, contenant le microbe par amas. Celui-ci forme des colonies entre les cellules qu'il dissocie et pénètre jusque dans le tissu conjonctif. Bumm avait prétendu que le gonocoque ne pouvait pas entamer l'épithélium pavimenteux ; il n'en est rien, bien que celui-ci lui offre beaucoup plus de résistance.

Des accidents généraux, la fièvre, certains troubles nerveux, les éruptions sont-ils dus à une toxine? En raisonnant par analogie avec ce que nous savons de certains autres microbes, il est permis de le supposer, mais on n'a pas encore de faits précis pour élucider cette question.

Expérimentation. — On savait déjà que l'inoculation du pus blennorrhagique à la peau est sans résultat, mais que le dépôt seul du virus sur une muqueuse donnait une gonorrhée typique. Ce qu'on avait fait avec le pus en nature, les bactériologistes l'on répété avec succès avec les cultures pures du gonocoque.

Les inoculations sur l'urèthre (Bumm, Wertheim, Menge, Finger et Ghon, Heiman) humain ont donné des résultats positifs absolument démonstratifs. L'inoculation sous la peau (Wertheim) a donné une réaction locale assez marquée, mais sans abcès.

Ainsi, chez l'homme, il est facile de reproduire expérimentalement la maladie telle qu'on la voit en clinique, il n'en a pas été de même avec les animaux. Les expériences de Bumm, Neisser, Löffler et Leistikow, Krause, Heiman et bien d'autres ont toujours été négatives, bien qu'on ait essayé sur tous les animaux habituellement employés dans les laboratoires, souris, cobayes, lapins, chiens, singes, chevaux, etc. Les muqueuses de l'urèthre et de l'œil si sensibles chez l'homme résistent absolument chez les animaux. Dernièrement Heller a prétendu avoir causé de la conjonctivite chez les lapins nouveau-nés, dont les yeux restent fermés une huitaine de jours après la naissance. De Christmas n'a pu reproduire cette expérience, et Morax a vu que le léger écoulement qu'on obtenait était purement traumatique, il ne contient pas de gonocoques, ceux qu'on y a inoculés meurent au contraire très rapidement.

Les injections qu'on a faites dans les articulations ont donné quelquefois un pus de réaction (Finger, Ghon et Schlagenhaufer), mais en réalité il n'y a pas non plus pullulation des gonocoques qui disparaissent. Wertheim cependant a réussi chez les souris et les cobayes à donner des péritonites qui ne sont point mortelles, il croit que le gono-

coque a véritablement pullulé dans l'organisme de ces animaux. Nous avons réussi quelquefois, en employant des cultures de gonocoques très virulents (blennorrhagie grave), à produire de la péritonite chez les souris dont quelques-unes sont mortes et le pus contenait des gonocoques vivants; mais il faut inoculer de très fortes doses, et en résumé on peut dire que les animaux se sont montrés jusqu'à présent réfractaires au gonocoque quels que soient les procédés d'inoculation.

Les effets, peu marqués, qu'on obtient par l'inoculation des cultures aux animaux, peuvent s'expliquer par la présence d'une toxine, puisque les gonocoques ne paraissent pas se développer dans le corps de ces animaux d'une façon notable.

On a cherché à mettre en lumière cette toxine, mais elle est encore peu connue.

J. de Christmas a vu que les cultures filtrées agissaient comme les cultures vivantes (fièvre, amaigrissement chez le lapin), que les corps des microbes laissaient transsuder des substances ayant les mêmes propriétés, que ces substances pouvaient être précipitées par l'alcool. Cet auteur aurait réussi à concentrer cette toxine en l'évaporant à 50° avec un dixième de glycérine.

Cette toxine est détruite par la chaleur à 70°; à l'état de concentration, elle agirait très violemment sur les muqueuses, sur les séreuses du lapin et enfin sur l'urèthre de l'homme.

J. de Christmas a essayé d'immuniser des animaux, il a réussi à habituer des chiens à supporter sa toxine et a obtenu avec elle un sérum antitoxique mais d'une valeur encore très faible.

Ces expériences très intéressantes au point de vue biologique et thérapeutique ont besoin d'être reprises et continuées. Quelques jours en effet avant le travail de J. de Christmas, Wassermann avait fait des recherches dans ce sens, mais n'avait en somme eu que des résultats à peu près négatifs. Nicolaysen n'a pas eu de toxine dans les cultures filtrées, le corps des microbes seuls donnait quelques résultats. Les tentatives de Schäffer n'ont pas eu beaucoup plus de succès. Morax (1), qui étudie cette question depuis longtemps, a cherché d'abord à augmenter la virulence du gonocoque pour les animaux, il a vu que les jeunes cobayes étaient plus sensibles et, par des passages successifs, il a réussi à tuer ces cobayes par injection intrapéritonéale, mais la virulence n'est jamais devenue bien considérable et il n'a pas pu obtenir de passage direct, de cobaye à cobaye.

Il a cherché à immuniser un cheval par l'injection de cultures de gonocoque rendu aussi virulent que possible et il a obtenu un sérum qui jusqu'à présent n'a qu'un pouvoir préventif et thérapeutique assez

(1) Communication orale.

faible. Cependant les recherches dans cette voie sont continuées et il faut espérer que ces études expérimentales nous donneront un traitement prophylactique et thérapeutique, vraiment scientifique et efficace, de la blennorrhagie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(La place nous étant limitée, il est impossible de donner l'indication bibliographique des nombreux travaux publiés sur la question et dont nous avons cité quelques-uns dans le cours de cette revue. On trouvera une bibliographie très complète dans la thèse de Marcel Sée ; nous nous sommes contentés de donner l'indication des publications parues depuis.)

MARCEL SÉE. Le gonocoque. *Thèse.* Paris, 1896.

A. VEILLON et J. HALLÉ. Étude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles. *Arch. de méd. expérim.*, mai 1896.

HEIMAN. A further study of the biology of the gonococcus with contributions to the technique : a paper on the morphological and biological examination of exsudates in cases of chronic urethritis. *Medical Record*, 19 décembre 1896.

LUDWIG PICK und JULIUS JACOBSOHN. Eine neue Methode zur Farbung des Gonococcus Neisser im Trockenpräparat. *Berlin. klin. Woch.*, 7 septembre 1896.

HELLER. Ueber experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, nº 30, p. 677.

GRIFFON. Rectite à gonocoques. *Presse médicale*, 1897, nº 13, p. 71.

A. WASSERMANN. Ueber Gonokokken-Cultur und Gonokokken-Gift. *Berlin. klin, Woch.*, 9 août 1897, nº 32, p. 685.

J. DE CHRISTMAS. Le gonocoque et sa toxine. *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1897.

L. NICOLAYSEN. Zur Pathogenität und Giftigheit des Gonococcus. *Centralblatt. für Bakter.*, 30 septembre 1897, Bd. XXII, nº 13, p. 305.

SCHAFFER. Beitrag zur Frage der Gonokokken-Toxine. *Fortsch. der Medic.*, 1er novembre 1897, Bd. XV, p. 813.

RENDU et J. HALLÉ. Infection gonococcique généralisée à symptômes obscurs : début par une métrite hémorrhagique, œdème phlegmoneux du coude gauche, endo-péricardite ; mort. Cultures et inoculations du gonocoque. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 12 novembre 1897, p. 1325.

STEINSCHNEIDER. Eidotteragar ein Gonokokken-nährboden. Vorlaüfige Mittheilung. *Berl. klin. Woch.*, 1897.

J. JUNDELL und C. AHMAN. Ueber die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser. *Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Bd. XXXVIII, Hft 1, p. 59.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 JANVIER 1898

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Deuxième note sur un quatrième cas d'acrodermatite continue suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venue la compliquer, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. DUBREUILH, HALLOPEAU.)—Neuro-fibromatose, par MM. LEREDDE et BERTHERAND. (Discussion : M. BESNIER.) — Pityriasis rubra pilaire, par M. LEREDDE. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Éléphantiasis du membre inférieur avec psoriasis localisé, par M. BALZER. (Discussion : MM. DU CASTEL, BALZER, BESNIER, VÉRITÉ, FOURNIER et DARIER.) — Gangrènes cutanées multiples chez une hystérique, par MM. BALZER et MICHAUX. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, JACQUET, BARBE, BALZER, THIBIERGE.) — Diagnostic d'une tumeur de la face, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un cas de pemphigus aigu de l'adulte, par MM. HALLOPEAU et LÉVI. — Note sur 18 cas d'accidents provoqués par une teinture pour cheveux à base de chlorhydrate de paraphénylène diamine, par M. CATHELINEAU. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, BESNIER.) — Nouvelle étude sur un cas de mycosis fongoïde, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. LAFFITTE, LEREDDE.) — Élections.

Deuxième note sur un quatrième cas d'acro-dermatite continue suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venue la compliquer.

Par M. H. HALLOPEAU.

L'éruption secondaire que nous avons signalée chez le nommé Gn., dans notre précédente présentation, a passé au premier plan : elle offre d'ailleurs, dans ses lésions élémentaires, les mêmes caractères que l'acrodermatite et doit en être considérée comme la généralisation.

Il n'est pas douteux que dans ce fait, comme dans notre première observation d'acro-dermatite suppurative, l'altération des extrémités n'ait été la première en date et n'ait formé la porte d'entrée de la maladie : en effet, lorsque le malade a quitté en mai dernier le service de M. Dubreuilh, les lésions cutanées étaient encore limitées aux extrémités alors que leur début remontait à près de dix-sept mois ; de même, chez notre premier malade, ce n'est qu'après quatre mois d'acrodermatites continues suppuratives que sont survenues les

poussées pustuleuses disséminées. Ces faits sont comparables à ce que l'on observe, non, comme l'a dit M. Fournier, dans la syphilis, mais bien dans une infection purulente où les accidents généraux surviennent consécutivement à un processus local.

Nous allons voir d'ailleurs que les lésions disséminées présentent des caractères qui les assimilent aux acrodermatites suppuratives continues ; il n'y a que le siège qui diffère ; nous montrerons, en outre, que les éruptions peuvent, à l'encontre de ce qui s'est passé chez ces malades, débuter par la continuité des membres pour envahir secondairement les extrémités.

Nous avons continué, depuis notre présentation, à étudier le nommé G... ; la suite de son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le 10 décembre, le malade éprouve un frisson qui se prolonge pendant deux heures et auquel fait suite une sensation de chaleur intense et pénible ; le thermomètre monte à 38°,8 ; nous constatons, le 11, qu'une nouvelle poussée de dermatite suppurative s'est produite au niveau et au pourtour des foyers ; la rougeur des nappes confluentes est devenue beaucoup plus vive ; elles sont criblées de myriades de pseudo-pustules plates, les unes du volume d'une tête d'épingle, d'autres grosses comme des grains de chènevis : d'autres forment des traînées curvilignes sinueuses qui atteignent plus d'un centimètre de longueur sur trois millimètres de largeur ; des éléments semblables se sont développés à leur périphérie ; le pouls est à 116.

Le 14, la fièvre a persisté en s'accentuant ; le thermomètre est monté hier soir, à 39°,2 ; de nouvelles poussées suppuratives se sont développées ; les éléments sont toujours remarquables par le défaut de saillie et la complexité de leurs contours sinueux ; en dehors des grandes nappes, on distingue, outre les nombreux foyers miliaires de suppuration, des groupes de ces mêmes éléments disposés en cercles irréguliers dont le centre est devenu érythémateux et qui sont entourés de pseudo-pustules abondantes ; il semble qu'il se soit produit là un processus d'extension locale.

Il s'est développé, au tronc et aux cuisses, des nappes confluentes au niveau desquelles la peau desquamée est d'un rouge sombre, nullement bourgeonnante, parsemée de soulèvements purulents relativement peu nombreux et de croûtes brunâtres ; on voit, à leur périphérie, une zone d'envahissement mesurant, dans la plupart des régions, de 3 à 4 centimètres de diamètre ; elle est constituée par une rougeur érythémateuse sur laquelle se détachent des myriades de soulèvements purulents.

A côté des formes précédemment décrites, on remarque des nappes purulentes au niveau desquelles l'épiderme est légèrement soulevé et finement plissé transversalement ou obliquement.

Les ganglions des régions inguinales semblent un peu tuméfiés.

Le 13, nouveau frisson, nouvelle poussée, prononcée surtout à la cuisse où les altérations descendent maintenant jusqu'au creux poplité : on remplace les applications d'eau phéniquée par celles d'une solution à 3 p. 100

du produit nouvellement introduit dans la thérapeutique sous le nom de laurénol (c'est une solution de plusieurs sels, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, l'alun, le chlorate de potasse, le chlorure de sodium, l'acide picrique, l'acide borique et l'acide chlorhydrique dans de l'eau glycérinée).

Le 17, il ne s'est formé depuis quatre jours qu'un petit nombre d'éléments nouveaux au niveau de la grande plaque du tronc, mais il s'est produit de nouveaux foyers au niveau et au pourtour des coudes.

Le 22 décembre, la fièvre est tombée, la poussée abdomino-crurale paraît momentanément enrayée, la plupart des soulèvements purulents ont fait place à des croûtes assez épaisses, colorées en jaune verdâtre ; il persiste cependant, dans l'aire de ces plaques, un certain nombre de soulèvements purulents, miliaires, circulaires ou curvilignes et dessinant alors des arabesques variées ; les deux grandes nappes abdominales tendent à se réunir en avant.

La matité splénique n'est pas accrue ; les bruits du cœur sont normaux.

Les plaques abdominales ont envahi le dos qui est actuellement atteint dans toute son étendue, sauf une partie qui s'étend verticalement de la quatrième à la dixième dorsale et transversalement est limitée par les angles des omoplates.

Toute la partie inférieure du dos, depuis la dixième dorsale jusqu'au coccyx est le siège d'une nappe rouge uniforme tout à fait semblable aux grandes plaques abdominales avec lesquelles elle se confond latéralement : on y retrouve la même coloration d'un rouge sombre, le même aspect lisse, non bourgeonnant et par places comme vernissé, les mêmes croûtes et les mêmes soulèvements purulents multiformes.

Le 29. Depuis cinq jours, le même enveloppement avec des compresses de gaze pliées en 12 et imprégnées de la solution à 3 p. 100 de laurénol a été pratiqué ; la fièvre ne se produit plus que le soir et elle est peu intense : la température axillaire ne monte pas au-dessus de 38°.

Cependant, le 29, une nouvelle poussée purulente se manifeste encore ; les bracelets limitant les acrodermatites remontent plus haut sur les avant-bras : on y voit des soulèvements purulents curvilignes et, plus haut, une aréole érythémateuse qui paraît marquer la zone d'envahissement.

Les soulèvements purulents ont également envahi le scrotum et les régions inguinales ; ils se sont multipliés au niveau des plaques des cuisses, remarquables par leur symétrie.

Les deux pieds sont maintenant intéressés dans toute leur étendue, les talons exceptés.

Le 31. On est revenu depuis hier au pansement phéniqué ; néanmoins, les poussées purulentes ont continué à se produire ; la plus grande partie de la surface du corps est maintenant envahie ; les seules régions presque indemnes sont la moitié antéro-supérieure du thorax et le visage, si l'on fait abstraction des lésions labiales ; les bras et les genoux sont également épargnés.

Le 3 janvier, dans la crainte de refroidir le malade par les applications permanentes de compresses imprégnées d'une solution aqueuse, nous prescrivons le pansement avec du liniment oléo-calcaire additionné de laurénol à 3 p. 100.

Le 5, le résultat du nouveau pansement a été défavorable ; en différentes régions, l'épiderme est soulevé en masse par des nappes purulentes ; de nombreuses extravasations purulentes se sont produites au pourtour des foyers ; on en revient comme pansement aux applications de compresses de gaze imprégnées de la solution aqueuse de laurénol.

Les nouveaux soulèvements purulents avaient également envahi le dos des mains.

Le 11 janvier, de nouvelles poussées se sont produites.

Sur la partie antérieure du thorax, l'éruption, continuant sa marche ascendante, atteint la ligne mamelonnaire ; on peut suivre la marche des éléments éruptifs : c'est d'abord un léger soulèvement de l'épiderme du volume d'une tête d'épingle, non saillant, entouré d'une aréole érythémateuse ; il contient un liquide purulent ; rapidement, ce soulèvement gagne en étendue ; il peut atteindre le volume d'une petite lentille ; tantôt alors il reste plan, tantôt, mais plus rarement, il vient à former une légère saillie ; bientôt, sa partie centrale se dessèche et devient croûteuse ; plus tard elle se déprime et l'on a sous les yeux une croûtelle entourée d'un soulèvement purulent dans une zone de 2 à 3 centimètres de rayon ; autour de la grande nappe abdominale, les éléments sont confluents et reposent sur un fond érythémateux qui diffère de la grande nappe par la conservation de son épiderme ; plus en dehors, on voit des groupes d'éléments de figure irrégulièrement circulaire ; ils sont agglomérés en groupe sans être confluents et reposent également sur une surface érythémateuse.

La grande nappe desquamée a une surface vernissée ; l'épiderme y est réduit à sa couche profonde ; on y distingue. comme précédemment, des traînées purulentes circonscrivant des plaques irrégulièrement polycycliques ; elles mesurent de 5 à 10 millimètres de diamètre et circonscrivent des aires où sont agglomérés des soulèvements miliaires. Nulle part il n'y a de bourgeons charnus ni tendance à la cicatrisation. Une partie de cette grande nappe est recouverte de croûtes épaisses colorées en noir par le topique ; en différents points, l'épiderme semble avoir complètement disparu.

Cette grande nappe érythémateuse, lisse et confluente, occupe actuellement toute la partie du tronc située au-dessous de l'épigastre ; il ne subsiste aucune trace de démarcation entre les foyers initiaux dont la fusion est venue la constituer.

Sur le dos de la langue, on voit plusieurs soulèvements purulents irrégulièrement polycycliques et très analogues à ceux qui viennent d'être signalés dans la grande nappe desquamée ; plusieurs d'entre eux entourent des surfaces déprimées et ulcérées ; leur plus grand diamètre atteint de 8 à 10 millimètres.

La rate n'est pas augmentée de volume. Il n'existe aucun signe de complication viscérale.

L'état des extrémités ne s'est pas sensiblement modifié ; on doit noter cependant que l'épiderme s'est partiellement reproduit sur plusieurs des doigts. Sur le dos du petit doigt de la main gauche, la partie desquamée est séparée de celle dont l'épiderme est reconstitué par un soulèvement

bulleux se prolongeant dans toute la longueur de l'organe : on y trouve du pus concret.

Les ongles continuent à faire complètement défaut.

Ce qui caractérise plus particulièrement cette forme morbide, c'est la reproduction incessante de soulèvements purulents qui ont plutôt le caractère de soulèvements bulleux que de véritables pustules, car leur saillie est souvent nulle et ils s'étendent en surface ; ils se distribuent en traînées irrégulièrement circulaires ; plus tard, ils deviennent confluents et s'étendent ainsi sur de larges surfaces ; à cette confluence, succède la formation de vastes nappes rouges et desquamées dans l'aire desquelles se produisent incessamment ces mêmes soulèvements purulents ; elles s'accroissent par la production à leur périphérie de nouveaux soulèvements purulents, d'abord miliaires, puis de plus en plus étendus.

Les nappes rouges desquamées présentent également de remarquables particularités : ce sont leur aspect lisse et vernissé, l'absence complète de bourgeons charnus et de cicatrisation, la présence dans leur aire de soulèvements purulents, remarquables par la bizarrerie de leurs contours ; ils peuvent dessiner des lettres de l'alphabet ou diverses arabesques.

Sont à noter encore la continuité du processus, l'envahissement de la langue par des éléments semblables, les poussées successives, le caractère local des processus résultant de leur mode d'extension, le peu de tuméfaction des ganglions lymphatiques, les poussées fébriles incessantes correspondant aux poussées éruptives, l'absence de signes d'altérations viscérales, et enfin la résistance relativement longue du malade, car les acrodermatites ont débuté il y a plus de vingt-six mois.

On a publié, sous des étiquettes différentes, des états morbides très semblables à celui que nous venons de décrire.

Nous en rapprocherons, en premier lieu, un fait que nous avons communiqué en février 1896, avec M. Prieur, sous le titre de *dermatite suppurative multiforme à poussées successives* ; il s'agissait également d'une dermatose remarquable par son évolution sous la forme de poussées successives, par le caractère essentiellement et primitivement purulent des éléments éruptifs, par leur polymorphisme singulier et l'infinie variété des figures curvilignes qu'ils revêtaient, par la reproduction incessante de ces soulèvements dans l'aire érythémateuse et desquamée des grands foyers, par leur fusion complète en nappes uniformes, par l'absence de végétations et de bourgeons charnus, par l'envahissement de la muqueuse buccale et l'absence d'adénopathies. Nous avons observé également, chez cette malade, ces remarquables soulèvements en masse de l'épiderme finement plissé ; au niveau des deux genoux, ces soulèvements purulents formaient des séries de

plis saillants, parallèles, très fins, très rapprochés, sur un fond rouge, simulant ceux que pourrait faire une fine mousseline et décrivant des courbes concentriques. Ce fait présente, en toute évidence, les plus grandes analogies avec celui qui nous occupe aujourd'hui : la seule différence importante est que les lésions y ont débuté par les genoux et les coudes pour n'envahir les extrémités qu'ultérieurement.

A un autre point de vue, on ne peut manquer d'être frappé de la ressemblance des phénomènes observés chez notre malade avec ceux qui caractérisent l'impétigo herpétiforme décrit par Hebra et bien étudié depuis lors, surtout par Kaposi, Dubreuilh, Dumesnil, Dauber et Breier; dans cette maladie, comme chez notre malade, il s'agit plutôt de soulèvements purulents pemphigoïdes que de véritables pustules; en effet, les éléments y restent plans ; ils confluent en vastes plaques qui demeurent, après la chute des croûtes, érythémateuses et desquamées et sont incessamment le siège de nouveaux soulèvements, alors qu'il s'en produit également à la périphérie dans une zone d'envahissement plus ou moins étendue.

On sait que cette dermatose peut se produire en dehors de l'état puerpéral.

Les particularités qui pourraient en différencier nos faits sont la circonscription initiale et prolongée des altérations aux extrémités et la longue résistance des malades ainsi que le caractère bizarre des figures dessinées par les soulèvements purulents ; mais, contrairement à ce que nous avions primitivement pensé, nous ne pouvons voir dans ces particularités des raisons suffisantes pour séparer ces états morbides : nos faits contribueront seulement à en compléter la description et à en faire connaître des variétés.

Par contre, ces dermatites suppuratives diffèrent de l'état morbide que nous avons décrit sous le nom de *dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique* par ce fait que, dans celle-ci, la végétation devient le caractère constant et dominant, que la lésion élémentaire y est constamment une pustule miliaire acuminée, que les processus y sont rigoureusement localisés et évoluent en diverses régions asymétriques indépendamment les uns des autres, que l'on y trouve des éosinophiles en abondance alors que, d'après les examens réitérés de M. Laffitte, elles font défaut chez notre malade, enfin qu'elle est habituellement curable.

Comment peut-on comprendre, dans ces impétigos herpétiformes, la filiation des phénomènes? On sait que, jusqu'ici, deux théories, l'infectieuse et la trophonévrotique, ont eu des partisans ; or, pour les deux faits dans lesquels nous avons vu cette dermatose, se développer à la suite d'acrodermatites suppuratives continues, la question ne saurait faire l'objet d'un doute ; le mode de formation des foyers par la multiplication excentrique de soulèvements purulents ne peut

s'expliquer que par la prolifération de microbes pyogènes; ils semblent bien s'être primitivement développés dans les extrémités digitales et s'y être longtemps multipliés avant d'avoir envahi les autres régions.

Comment s'est faite la propagation des germes? Le problème est plus difficile à résoudre : faut-il admettre une infection généralisée? l'absence dans le sang de microbes pyogènes, constatée par les examens bactériologiques, et l'insuccès des tentatives de culture de M. Laffitte ne sauraient avoir une valeur négative, car il est d'observation que la recherche de ces microbes dans le sang donne presque constamment ces résultats, alors même que l'infection générale est certaine.

On pourrait aussi émettre l'hypothèse de toxines qui, émanées du foyer initial, iraient créer dans d'autres parties des téguments externe et interne, des *loci minoris resistantiæ ;* elle contient certainement une part de vérité : en toute évidence, ce malade offre un terrain de culture favorable aux agents pathogènes qui provoquent ces altérations cutanées et muqueuses si multipliées, mais, pour ce qui est de cet agent infectieux lui-même, la marche des accidents semble bien établir que la propagation et la multiplication des microbes se font de proche en proche : on ne peut guère interpréter autrement l'extension progressive du foyer initial d'un doigt aux doigts voisins, puis à la main correspondante.

D'autre part, il est manifeste que les foyers développés secondairement s'étendent par un processus local : c'est en effet exclusivement dans leur aire et à leur voisinage immédiat que se produisent ces incessantes poussées purulentes et nous avons vu qu'un examen attentif permettait de s'assurer que, là encore, il se fait des multiplications donnant lieu à la formation de nouveaux foyers qui, d'abord très petits, s'accroissent excentriquement pour devenir ainsi confluents : c'est de la sorte que les grands placards s'étendent progressivement et s'assimilent successivement les territoires envahis.

Ainsi donc, pénétration, dans un territoire cutané, de germes pathogènes, multiplication de ces germes, formation, sous leur influence, de foyers purulents qui s'étendent et se multiplient ultérieurement, transport de ces germes pathogènes en d'autres points de la surface cutanée et de la muqueuse linguale, développement de nouveaux foyers avec incessantes poussées, fusion complète de ces foyers, telle a été, chez nos malades, la marche des accidents; l'existence, chez notre dernier sujet, d'une diarrhée persistante et incoercible doit faire craindre un envahissement de toute la muqueuse digestive par les mêmes agents pathogènes.

Quel est cet agent ? S'agit-il de staphylocoques? ce sont les seuls microbes que l'on ait trouvés, tantôt blancs, tantôt dorés, dans le liquide exsudé; sont-ce des hôtes secondaires ou constituent-ils des

agents pathogènes ? Dans cette dernière hypothèse, pourquoi ces manifestations si différentes de celles que provoquent ces mêmes microbes dans la furonculose et autres suppurations ? Le problème n'est pas soluble avec nos moyens actuels d'investigation ; il est très possible que l'on confonde, sous ce même nom de staphylocoques, des agents divers que de nouveaux réactifs permettront de séparer plus tard.

Quoi qu'il en soit, tout en affirmant qu'il s'agit là d'éruptions provoquées par des microbes pathogènes, nous ne pouvons savoir pourquoi les altérations consistent en soulèvements purulents le plus souvent sans relief, se distinguant ainsi des pustules d'ecthyma et d'impétigo, se rapprochant beaucoup plus, par places, de soulèvements pemphigoïdes, pourquoi ces mêmes soulèvements revêtent des aspects si singuliers, simulant des lettres de l'alphabet, des arabesques, des circuits des plus complexes ; ces faits ne peuvent s'expliquer que par l'action d'agents pathogènes distincts de ceux des suppurations vulgaires et encore indéterminés.

Dans les grandes nappes desquamées, l'épiderme paraît n'être plus représenté que par le corps muqueux (une biopsie n'a pu être pratiquée). Les poussées fébriles incessantes sont en relation avec les résorptions toxiniques.

Le pronostic est des plus défavorables ; sur nos quatre cas d'acrodermatites suppuratives continues, trois se sont terminés par la mort et notre malade actuel est bien sérieusement menacé ; cependant, on voit parfois chez lui les lésions rétrocéder ; c'est ainsi que les membres supérieurs, envahis naguère par une éruption abondante au pourtour et au-dessus des coudes, sont redevenus aujourd'hui indemnes : l'éruption s'y est effacée sans laisser de traces ; de même, au visage, les altérations ont presque partout rétrocédé, les joues et le menton ont repris leur aspect normal, l'état des lèvres s'est de même très amélioré.

La durée de la maladie peut être fort longue : voici plus de deux ans que les altérations ont débuté chez ce malade.

Nous avons essayé divers topiques, et plus particulièrement les compresses imprégnées, soit d'eau boriquée, soit d'eau ou d'huile phéniquée, soit surtout de laurénol à 3 p. 100 ; nous devons dire que ces dernières nous ont donné jusqu'ici les meilleurs résultats. Concurremment, nous avons administré le benzo-naphtol comme antiseptique interne.

Comment dénommer cette maladie? Le nom d'*impétigo herpétiforme* que lui a donné Hebra a été justement critiqué par MM. Besnier et Doyon ; on n'observe pas, dans l'impétigo, ces soulèvements plans et multiformes qui sont si frappants chez nos malades et la dénomination d'*herpétiforme* ne convient guère à ces lésions souvent non vésiculeuses.

On ne pourra appliquer à cette maladie une étiquette justifiée que le jour où l'on aura pu en déterminer l'agent pathogène.

En attendant, et malgré l'inconvénient que présente toujours la création d'une appellation nouvelle, nous proposons de dire qu'il s'agit là d'une *infection purulente tégumentaire*, nous la distinguons ainsi des autres suppurations disséminées par le caractère de *malignité* qu'implique cette dénomination.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les faits qui résultent de cette étude :

1° *Les poussées secondaires, survenues dans le cours des acrodermatites suppuratives continues, peuvent devenir persistantes et présenter leur évolution propre;*

2° *Elles sont distribuées en foyers multiples formés par la multiplication de soulèvements miliaires qui en constituent les éléments initiaux;*

3° *Ces éléments se dessèchent rapidement en croûtelles qui se détachent et laissent une surface d'un rouge vif où l'épiderme n'est plus représenté que par sa couche la plus profonde;*

4° *On voit, dans l'aire de ces nappes rouges qui atteignent d'énormes dimensions, des infiltrations purulentes, multiformes, depuis l'élément plan, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, jusqu'aux vastes soulèvements pemphigoïdes en passant par les figures très variées que dessinent ces traînées curvilignes s'entrecroisant et suivant les courbes les plus diverses;*

5° *Les foyers sont entourés d'un semis d'éléments semblables dans une zone d'envahissement non encore desquamée qui mesure d'un à quatre centimètres de rayon;*

6° *Ces foyers ainsi constitués peuvent atteindre, en se fusionnant complètement, des proportions très considérables : nous avons vu l'un d'eux occuper toute la moitié inférieure du tronc ainsi que la plus grande partie des cuisses et les organes génitaux;*

7° *La muqueuse buccale, et probablement toute la muqueuse digestive, sont simultanément intéressées;*

8° *Les surfaces desquamées sont remarquables par leur aspect lisse vernissé, ainsi que par l'absence de bourgeons charnus et de cicatrisation;*

9° *Ces altérations peuvent guérir localement sans laisser de traces : il ne se produit même pas de pigmentation anormale les jours qui suivent leur disparition;*

10° *Cette maladie procède par poussées successives incessamment réitérées : elles s'accompagnent d'une réaction fébrile d'intensité variable;*

11° *Elle offre les plus grandes analogies avec l'état morbide décrit sous le nom d'*impétigo herpétiforme ;

12° *On peut lui appliquer le nom* D'INFECTION PURULENTE TÉGUMENTAIRE.

M. W. DUBREUILH. — Je connais depuis longtemps le malade présenté par M. Hallopeau ; il est de Sainte-Foy-la-Grande, je l'ai suivi plusieurs mois et je désire faire à son sujet quelques observations.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Fournier, le nom d'acrodermatite n'est pas absolument justifié pour une affection qui s'est répandue un peu partout et qui a commencé presque en même temps par la bouche et les mains. Ce nom s'appliquerait également bien aux affections les plus diverses et je n'en veux pour preuve que l'article de M. Audry sur la classification des acrodermatites où se trouvent réunies les affections les plus disparates. Ce nom et ce groupement purement topographique ne peuvent être admis qu'à titre provisoire, comme M. Audry a pris soin de le dire lui-même.

M. Hallopeau se refuse à considérer la maladie dans son ensemble comme une trophonévrose ; pour lui, il s'agirait au début d'une inoculation septique dans une région où l'épaisseur de l'épiderme empêcherait l'évacuation du pus, mais il est obligé d'admettre un trouble trophonévrotique réflexe et consécutif pour expliquer la persistance de l'éruption ainsi que ses localisations secondaires et symétriques.

Or, dans le cas actuel, le traumatisme primitif est très problématique ainsi que sa corrélation avec le début de la suppuration. Celle-ci s'est faite au pourtour de l'ongle, dans un endroit où l'épiderme est relativement mince. Dans les conditions ordinaires, une inoculation septique au niveau de la sertissure de l'ongle donne naissance à une tourniole ; à la face palmaire de la main ou des doigts, elle produit un abcès en bouton de chemise, mais rien qui ressemble aux lésions de notre malade. Si donc, dès le début, l'éruption a offert un aspect et une marche tout à fait différents de ce qu'on observe habituellement dans les pyodermites, pourquoi ne pas admettre dès ce moment l'existence de la trophonévrose qu'on est obligé d'invoquer plus tard ?

Cette trophonévrose est, je le veux bien, purement hypothétique, mais nous l'avons admise, M. Frèche et moi, parce que c'était encore l'hypothèse la plus plausible et à cause de l'analogie frappante que nous avions constaté entre l'éruption actuelle et celle dont l'observation a été publiée par M. Frèche au Congrès de médecine de Bordeaux en 1895, et où les lésions cutanées se rattachaient nettement à des troubles hystériques localisés, tels que contracture et anesthésie.

M. HALLOPEAU. — M. Dubreuilh n'est pas en droit de contester l'exactitude de la dénomination d'acrodermatite puisque son observation a été publiée, par son chef de clinique, M. Frèche, sous le titre d'éruption trophonévrotique des extrémités, et que la nature inflammatoire de cette éruption ne peut faire l'objet d'un doute. Sans doute, ainsi que nous l'avons tout d'abord fait remarquer, cette appellation, purement topographique, s'applique à des

espèces morbides de nature très diverse, mais elles ont un caractère commun ; c'est la continuité pour ainsi dire indéfinie de leurs récidives ; cette donnée n'est pas négligeable.

Nous devons reconnaître, d'ailleurs, que cette étiquette est devenue insuffisante chez notre malade, puisque la plus grande partie de sa surface a été et demeure envahie d'une manière persistante ; mais nous ferons remarquer combien cette dissémination a été tardive, en ce qui concerne le tégument externe, puisqu'il n'en a pas été question pendant les 8 mois de séjour du malade dans le service de M. Dubreuilh, et que c'est seulement 17 mois après le début de la maladie qu'elle a eu lieu. (Nous ne parlons que des altérations cutanées, celles de la langue sont, au contraire, survenues peu après celles des doigts.)

Contrairement à notre première impression, ces poussées secondaires sont en tout semblables à celles des extrémités et l'on y voit, en particulier, se dessiner les mêmes traînées curvilignes formant des figures singulières et contribuant à donner à la maladie sa physionomie spéciale ; ce n'est donc pas seulement, comme nous l'avions cru d'abord, à sa localisation sur les extrémités qu'elle doit ses caractères spéciaux et nous venons de voir qu'elle paraît au moins très voisine de l'impétigo herpétiforme qui, le plus souvent, épargne les extrémités. Il y a là un processus tout spécial dont la cause prochaine, certainement microbienne, reste indéterminée ; cette forme d'acrodermatite peut être considérée avec vraisemblance comme une localisation spéciale de la maladie que l'on appelle impétigo herpétiforme et qui mériterait mieux, suivant nous, le nom d'infection purulente tégumentaire.

Pour ce qui est de l'hypothèse trophonévrotique, on pouvait à la rigueur la défendre tant que les altérations restaient limitées aux extrémités, bien qu'elle ne pût que bien difficilement rendre compte des manifestations linguales, mais elle n'est plus soutenable aujourd'hui car l'on peut, pour ainsi dire, prendre sur le fait la multiplication sur places, en quantités énormes, de petits foyers purulents initiaux ; ils sont dus, en toute évidence, à des proliférations microbiennes ; c'est donc à juste titre que nous avons contesté, à cet égard, l'étiquette donnée par MM. Dubreuilh et Frèche à cette observation ; il ne s'agit pas d'une éruption trophonévrotique ; si l'innervation trophique y joue un rôle, ce n'est que secondairement en transformant par voie réflexe les parties similaires en terrains de culture favorables aux microbes pyogènes.

Neurofibromatose.

Par MM. Leredde et Bertherand.

B..., 27 ans, salle Piorry, service du Dr A. Robin, à la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Aucun des parents du malade n'a présenté d'affection semblable. On ne trouve pas de maladies nerveuses dans sa famille.

Antécédents personnels. — A toujours été bien portant.

Il est entré à l'hôpital de la Pitié dans le service de notre maître, le Dr A. Robin, pour une pleurésie droite dont il est actuellement guéri ; mais il présente de l'obscurité respiratoire aux sommets.

Les lésions de la peau remontent à la première enfance.

Ces lésions peuvent être classées de la manière suivante :

1° *Pigmentation de la peau.* — La face et le cou présentent un état de pigmentation diffuse de couleur claire qui s'arrête à peu près à la ligne bi-claviculaire en avant.

Une pigmentation semblable s'observe au niveau des aisselles, à la face antérieure des coudes : elle est vaguement marquée sur l'abdomen, et à peine indiquée au creux du jarret.

Les muqueuses ne sont pas pigmentées.

2° *Taches pigmentaires.* — Les taches pigmentaires sont abondantes sur le tronc et surtout sur le cou ; elles sont presque toutes petites, de couleur café au lait. Quelques-unes plus grandes, plus fines, et même de teinte sombre, se voient à la partie inférieure du dos, elles atteignent la dimension de pièces de 1 ou 2 francs ; sur la fesse droite on en trouve une qui sur toute sa surface est recouverte de poils ; au-dessous du grand trochanter droit existe une très large tache pigmentaire, foncée, à contours irréguliers, qui a cinq à six centimètres de diamètre.

3° *Tumeurs.* — Ce sont des saillies hémisphériques, à limites généralement nettes, sauf pour les plus volumineuses. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse noisette. Elles sont en général molles quand on déprime leur surface, mais quand on les prend entre les doigts elles ont une consistance ferme. Leur couleur est tantôt celle de la peau normale, tantôt violacée, tantôt un peu pigmentée. Beaucoup semblent n'adhérer à la peau que par leur sommet ; et leur masse glisse sous le doigt dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Elles sont assez nombreuses, très irrégulièrement réparties sur le tronc. On en trouve quelques-unes sur les bras et les cuisses, très peu sur les avant-bras et la face ; le cou et les jambes sont indemnes.

Il existe en réalité toutes les transitions entre les taches pigmentaires et les tumeurs ; car on peut s'assurer que quelques taches pigmentaires forment la surface de petites masses incluses dans le derme. Ce sont les seules tumeurs qu'on perçoit à la palpation et non à la vue, car il n'existe pas de tumeurs de plus grand volume perceptible en profondeur comme cela a été signalé dans certaines observations.

On ne constate aucune tumeur sur le trajet des nerfs.

Le malade est petit, il a toujours été maigre, le système musculaire est peu développé.

Malgré la teinte pâle universelle de la peau, il n'existe pas de décoloration des muqueuses.

Pas de vertiges, ni d'attaques de nerfs.

Il existe une diminution intellectuelle assez notable : le malade possède mal l'orthographe, a eu une grande peine à apprendre la lecture et l'écriture ; la mémoire est paresseuse et on ne peut l'examiner sans exciter de craintes, etc... Mais il n'y a ni épilepsie, ni hystérie.

La sensibilité cutanée n'est émoussée en aucun point : on observe plutôt un état hyperesthésique qui est peut-être d'origine psychique.

Les organes des sens sont normaux.

Léger degré de scoliose, avec saillie du bord postérieur de l'os iliaque gauche.

Testicules normaux. Le développement du système pileux est normal, sauf au niveau de la barbe, qui est rare. Dents mauvaises. Voûte palatine ogivale. Les oreilles ont leur conformation normale.

Bruits du cœur un peu sourds ; on constate à la base un éclat anormal du deuxième bruit.

Les artères humérales sont dures et flexueuses.

L'examen des urines a été fait et a montré des troubles de nutrition considérables, qu'on ne peut rattacher à la tuberculose pulmonaire probable chez ce malade.

Analyse par M. Landolff.

Volume des 24 heures	1820 c.c.
Densité	1013.5
Albumine	Traces
Sucre	Néant

Résidu total	29,33	par lit.	53,38	par 24 hres
Résidu organique	14,90	—	27,12	—
Résidu minéral	14,40	—	26,26	—
Urée	8,60	—	15,65	—
Azote de l'urée	3,99	—	7,26	—
Azote total	6,06	—	11,03	—
Azote incomplètement oxydé	2,07	—	3,77	—
Acide urique	0,08	—	0,14	—
Acide Ph O^5 uni aux alcalis	1,16	—	2,11	—
— — aux terres	0,01	—	0,02	—
— total	1,17	—	2,13	—
Chlorure de NaCl	6,13	—	11,16	—
— NaCl	10,11	—	18,40	—
Coefficient d'oxydation	65,84	0/0	»	—
Coefficient de minéralisation	49,20	0/0	»	—
Matières azotées incomplètement oxydées	6,13	par lit.	11,16	—
Matières ternaires	0,09	—	0,16	—

Ce malade présente un type de la neuro-fibromatose décrite par Recklinghausen, étudiée récemment en France par Landowski, Chauffard, Marie, Feindel.

On sait que les tumeurs cutanées sont des fibromes qui peuvent avoir pour centre de développement la gaine lamellaire d'un nerf.

Contrairement à ce qu'on observe en général, il n'existe aucun cas semblable dans la famille du malade. La neurofibromatose est en effet une maladie familiale comme le sont d'autres maladies cutanées : le xeroderma pigmentosum, l'épidermolyse bulleuse héréditaire, la ma-

ladie familiale des poils et des ongles de Nicolle et Halipré, l'aplasie moniliforme, etc. Dans toute ces affections, la dégénérescence, la déchéance intellectuelle sont communes. Elles existent chez notre malade.

Nous voudrions seulement mettre en évidence trois caractères qui n'ont pas été signalés, croyons-nous : la pigmentation diffuse, les lésions de sclérose artérielle, et les troubles de nutrition révélés par l'analyse des urines.

Ce malade sera suivi et, si nous pouvons obtenir une biopsie, une observation plus complète sera publiée.

M. Besnier. — Je ferai remarquer que ces tumeurs ont très nettement la consistance du molluscum. Il faut aussi noter la multiplicité des nævi chez ce malade.

Pityriasis rubra pilaire.

Par M. Leredde.

Je présente à la Société un enfant que j'observe depuis deux jours seulement. Voici l'observation incomplète à quelques égards :

Albert M..., 11 ans.

Début il y a 4 mois sur le cuir chevelu.

L'affection cutanée se présente sous la forme de grands placards à bords nets développés sur la région dorsale du tronc, la face postérieure du cou, s'étendant sur le cuir chevelu. On trouve des placards moins bien dessinés sur les membres, à la face d'extension, et des lésions élémentaires sur une grande partie de la surface du corps.

Dans le dos, les placards ont une disposition symétrique. Une plaque médiane s'étend de la 5e vertèbre cervicale à la région lombaire ; deux plaques latérales ont pour centre de développement l'épine scapulaire et s'étendent jusqu'à l'épaule. Il existe une plaque sacrée, enfin on trouve deux autres plaques sur les fesses au niveau des ischions.

La surface des placards est sèche, absolument blanche ; la substance cornée qui les recouvre est excessivement adhérente et on a peine à détacher des squames imperceptibles ; on constate un état quadrillé formé de sillons se croisant irrégulièrement.

Ces sillons sont déterminés par la confluence des lésions élémentaires. Sur les bords, qui, à peine saillants, sont cependant taillés à pic et excessivement nets, on trouve des éléments groupés, individualisés encore, à surface plâtreuse, qui déterminent l'irrégularité du contour, quand on l'observe de près ; on constate ainsi le mode de progression des placards.

Il existe sur le dos un éréthisme général des follicules pileux et au

doigt on a la sensation d'une râpe. Parmi les follicules saillants, un grand nombre offrent à leur sommet une aspérité cornée, adhérente, surtout au voisinage des placards principaux.

Le cou est engainé ; toute la région postérieure est envahie en totalité ; en avant il existe une région de peau saine au-dessous du menton.

Les joues sont saines. On constate à l'angle externe des paupières des lésions mal limitées, elles envahissent la paupière supérieure. Le sillon oculo-nasal est le centre de développement de plaques allongées, verticales, s'étendant de l'origine du sourcil jusque dans le sillon palpébral inférieur.

Le cuir chevelu est envahi presque en entier ; les lésions débordent sur le front. Les squames sont ici encore très adhérentes et ne s'accumulent pas. Mais on voit en arrière des îlots où le cuir chevelu est normal, à bords bien limités, dus à la saillie brusque des placards.

Les cheveux ne tombent pas et viennent normaux à la pince.

Sur la face antérieure du tronc, on ne constate qu'un placard isolé au niveau de l'aisselle droite. Les placards scapulaires se prolongent sur la région claviculaire antérieure et s'arrêtent sans atteindre l'aisselle (l'enfant porte des bretelles, et la pression peut jouer un rôle dans cette disposition, comme elle le fait dans certains cas de psoriasis).

La saillie des follicules se retrouve sur toute la région antérieure du tronc.

Il en est de même à la face postérieure des membres supérieurs où on croirait qu'il existe de la xérodermie pilaire. Au coude droit, petit placard de la dimension d'une pièce de un franc, légèrement allongé sur la ligne cubitale.

La face dorsale des mains et des doigts est normale. Les ongles sont décollés à leur insertion inférieure.

A la face palmaire, sécheresse absolue, exagération des plis, rougeur vague, état d'hyperkératose fruste, avec coloration plâtreuse des plis.

Sur la région fessière, les aspérités pilaires sont excessivement marquées ; cet état se prolonge sur la partie externe de la cuisse.

Au niveau des genoux on constate des placards mal déterminés avec état rugueux, plissement, follicules en érection. Sur les jambes la saillie des follicules est encore générale. Petit placard bien dessiné sur le dos du pied gauche.

A la face plantaire des pieds, état hyperkératosique, plissement avec coloration blanche des plis ; la peau a une teinte rouge universelle.

Il n'existe d'autre signe subjectif qu'un prurit modéré.

L'enfant se porte bien, il est très développé ; on ne constate chez ses proches aucune maladie analogue.

Le diagnostic de pityriasis rubra pilaire ne peut être discuté. Le malade en présente un type intéressant, à cause des caractères si spéciaux et si prononcés des placards. On ne constate pas chez lui toutes les localisations de la maladie.

La symétrie des lésions dans la région dorsale est remarquable. Mais elle ne démontre en aucune manière la nature nerveuse de la maladie,

car la symétrie peut appartenir à des maladies parasitaires qui trouvent leurs conditions de développement sur des points symétriques de la peau, dont la structure et les éliminations glandulaires sont identiques.

La présence de follicules saillants avec aspérités cornées peut s'observer dans le psoriasis, et j'en ai récemment vu un exemple.

Enfin il existe chez cet enfant, près d'un placard de la région dorsale, une traînée de pityriasis pilaire, linéaire, qui semble développée suivant un trait de grattage. Ce fait s'observe également dans le psoriasis.

M. Hallopeau. — Dans divers cas, j'ai constaté très nettement des localisations séborrhéiques de cette éruption; j'ai insisté sur ce fait dans plusieurs communications à notre Société, ainsi que dans une étude sur la séborrhée, parue en 1896 dans la *Semaine médicale*; il ne doit pas être négligé lorsque l'on cherche à se rendre compte de la nature de cette maladie.

Éléphantiasis des membres inférieurs avec psoriasis localisé,

Par MM. F. Balzer et Michaux.

Cette malade, âgée de 67 ans, a déjà été observée par M. le Dr Tenneson qui avait porté comme nous le diagnostic de psoriasis localisé. L'éléphantiasis du membre inférieur droit a commencé à se développer par crises successives depuis 1883 et a atteint vers 1894 les dimensions qu'il offre actuellement. Nous présentons la malade en appelant l'attention sur l'éruption de psoriasis à larges éléments figurés qui occupe tout le membre inférieur éléphantiasique. Au dire de la malade, ce psoriasis aurait commencé à paraître au commencement de 1896. Il est strictement limité au membre inférieur droit. C'est évidemment la gêne circulatoire et le trouble de la nutrition apportés dans ce membre par l'existence de cet éléphantiasis qui a provoqué cette localisation très étroite et qui est en opposition avec les allures habituelles du psoriasis.

Nous nous bornons pour le moment à vous présenter cette malade dont l'histoire sera complétée.

M. Du Castel. — Je demanderai d'abord à M. Balzer de quelle origine est cet éléphantiasis.

M. Balzer. — Cette origine est aujourd'hui difficile à préciser, car cette affection date de près de vingt ans; elle paraît avoir été consécutive à des poussées de lymphangite érysipélateuse.

M. Vérité. — J'émets un doute sur le diagnostic de psoriasis; j'admet-

trais plutôt celui de syphilide tuberculeuse et je conseillerais d'essayer un traitement antisyphilitique.

M. Fournier. — Sous toutes réserves, je suis de l'avis de M. Vérité. Il y a là une infiltration profonde, parenchymateuse, résistante sous le doigt, qui me fait éliminer le psoriasis ; je crois qu'il s'agit de syphilides tuberculeuses. Les lésions squameuses de la partie inférieure de la jambe me paraissent être des lésions secondaires. L'éléphantiasis est sans doute dû à une phlébite et il y a peut-être eu lésion syphilitique des veines du membre inférieur avec éléphantiasis consécutif.

J'accepterais, comme M. Vérité, une tentative de traitement par les injections de calomel ; il faut toutefois faire quelques réserves au sujet de l'efficacité de ce dernier, en raison de l'ancienneté des lésions.

M. Balzer. — Le pied est ici trop indemne pour que je puisse accepter l'origine purement veineuse de cet éléphantiasis. Je répondrai à M. Vérité et à M. Fournier que s'il s'agissait de syphilides tuberculeuses, on constaterait des cicatrices en quelque point ; or, nous n'en trouvons pas trace. L'infiltration des lésions, sur laquelle vient d'insister M. Fournier, est due à l'éléphantiasis et à la gêne de la circulation ; elle est beaucoup moindre quand la malade garde le repos.

Voilà pourquoi je maintiens le diagnostic de psoriasis, déjà formulé par M. Tenneson. J'ajouterai que l'application d'une pommade faible à l'huile de cade a déjà produit une certaine amélioration. Malgré toutes ces considérations, je ne vois aucun inconvénient à essayer un traitement ioduré.

M. Fournier. — L'éléphantiasis n'est peut-être pas dans ce cas d'origine exclusivement veineuse et je ne nie pas la participation des lymphatiques au processus morbide.

En tout cas, cette lésion rappelle absolument certaines pachydermies syphilitiques, ces pachydermies qu'on appelait autrefois *léontiasis syphilitiques* quand elles siégeaient à la face.

M. Balzer a raison d'affirmer qu'une syphilide tuberculeuse doit laisser des traces ; ceci est la règle, mais il existe quelques cas indéniables de syphilides tuberculeuses qui ne laissent à leur suite aucune trace appréciable à l'œil nu.

M. Du Castel. — Il me semble qu'une syphilis en pleine activité devrait s'accompagner d'une pigmentation plus notable que celle observée chez ce malade.

M. Fournier. — La pigmentation n'est pas un fait nécessaire ; d'ailleurs on constate ici en certains points une légère pigmentation. En somme, il faudra essayer les injections de calomel.

M. Besnier. — La localisation exclusive du « psoriasis » sur un segment limité du corps n'est pas sans avoir été constatée de la manière la plus positive. La difficulté réelle de l'interprétation réside, ici, dans les altérations morphologiques que la lésion « psoriasique » a subi, nécessairement, du fait même de son évolution sur les téguments placés en déclivité, et

profondément altérés par le processus éléphantiasique. C'est dans les cas de cet ordre, où le diagnostic clinique est tout à fait ambigu, qu'apparaît nécessaire l'étude biopsique de la lésion, laquelle doit, logiquement, *précéder* la cure d'épreuve.

M. Darier. — La distinction entre les syphilides et le psoriasis est facile à faire au microscope dans les cas bien tranchés ; il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Cependant certaines lésions histologiques sont caractéristiques de la syphilide tuberculeuse ; car on ne les observe jamais dans le psoriasis. Ce sont d'abord des lésions endovasculaires assez prononcées, puis la présence de cellules géantes, enfin une tendance manifeste à la sclérose. Si on ne constate au microscope aucune de ces altérations, le doute pourra persister.

Gangrènes cutanées multiples chez une hystérique.

Par MM. F. Balzer et Michaux.

Jeanne V..., âgée de 21 ans, domestique, entre le 23 octobre 1897, à l'hôpital Saint-Louis, salle Lorey, n° 3. Elle nous est adressée avec quelques renseignements par le Dr de Molènes, que nous remercions de son obligeance, et nous apprenons que le Dr Toussaint a publié déjà sur elle une observation relative à des accidents hystériques différents de ceux que nous observons (1).

Cette jeune fille, réglée à l'âge de 14 ans, porte au cou des cicatrices d'abcès ganglionnaires. Les premiers accidents nerveux ont débuté en 1894, à la suite d'une mauvaise farce inventée par une camarade qui avait mis des cancrelats dans son lit. Sa frayeur fut excessive, elle s'échappa de sa chambre et resta longtemps sans pouvoir se calmer. Ses règles s'arrêtèrent le jour même ; divers accidents nerveux, tremblement des mains, étouffements, spasmes laryngés, vomissements, *urticaire*, se produisirent les jours suivants. Les règles ne revinrent que quatre mois après cet accident fâcheux qui a laissé une trace profonde et permanente dans l'esprit de la malade.

En mai 1894, *érythème noueux* fébrile. On peut observer chez elle une série de phénomènes hystériques : céphalées prémenstruelles, vomissements, toux coqueluchoïde, épistaxis, hématémèses, gastralgies, tremblements, etc.

En août 1895, apparaissent des *rougeurs* sur les mains, le visage et divers points du tronc, rougeurs accompagnées de *phlyctènes* qui ont laissé des traces à la joue droite, au front et au menton.

En avril 1896, une poussée semblable fut observée par M. de Molènes qui pensa à un érythème infectieux. Les accidents cessèrent à la suite

(1) Toussaint. Érythème polymorphe récidivant chez une jeune fille de 20 ans, enrayé par le sulfhydral ou sulfure de calcium pur. *La Dosimétrie*, n° 12, décembre 1896.

d'un traitement par les granules de sulfure de calcium pur. Ces poussées étaient toujours précédées de douleurs locales intenses et de picotements Toutefois les lésions semblaient déjà devenir profondes; il en reste des cicatrices à la face interne du genou gauche et d'autres cicatrices saillantes dans la région sous-mammaire droite. Les lésions, très lentes à se cicatriser, ne furent guéries qu'à la fin du mois de juin.

En septembre 1896, nouvelle poussée de bulles sur la face dorsale du métacarpe de la main gauche, très lente à guérir et suivie de cicatrices aujourd'hui blanches, kéloïdiennes, remontant sur la face dorsale du carpe.

En janvier 1897, nouvelle poussée de bulles sur la face dorsale du métacarpe gauche avec suppuration abondante qui dura deux mois.

Le 10 mars 1897, envahissement successif en trois jours de l'aine gauche, de l'aine droite et du pied gauche. Les lésions étaient toujours précédées de phénomènes douloureux pendant une huitaine. Ces lésions ont persisté depuis cette époque. Au moment de son entrée (23 octobre), la malade présente les lésions que nous allons décrire : 1° A la *face inférieure du sein droit* une plaie bourgeonnante en voie de cicatrisation et dont la lésion initiale daterait du mois de septembre. 2° Dans le pli *inguinal gauche* et croisant l'arcade crurale, une eschare en forme de losange, jaunâtre, plus épaisse à son centre qu'à la périphérie; cette eschare est entourée d'une zone de bourgeons charnus et d'une aréole érythémateuse. Dans le voisinage on trouve quelques bulles disséminées jusque sur le bas-ventre. 3° Dans le *pli inguinal droit*, autre eschare entourée de bourgeons charnus et encore assez fortement adhérente. 4° Sur la *face dorsale du pied gauche*, plaie bourgeonnante. 5° Sur la *face dorsale du pied droit*, eschare encore très adhérente, décollée seulement à sa périphérie et occupant presque toute la surface du métatarse.

Depuis son entrée à l'hôpital, les eschares cutanées des aines et du pied se sont détachées avec une très grande lenteur. Les surfaces bourgeonnantes saignant avec une grande facilité à tous les pansements, on les recouvrait de vaseline boriquée et l'on pansait avec des compresses de coton hydrophile imbibées d'une solution faible de permanganate de potasse. L'état général s'améliora progressivement et la malade put bientôt se lever. Mais la cicatrisation des diverses plaies se fit avec une extrême lenreur, avec un bourgeonnement exagéré et tendance évidente à la formation de cicatrices saillantes. Il ne s'est pas produit de nouveaux phénomènes cutanés un peu importants. Dans les premiers jours quelques bulles apparurent sur le ventre, elles disparurent et il ne s'en est pas montré d'autres depuis. Il y a eu seulement quelques pustules d'ecthyma sur le ventre, résultat d'infections secondaires sans importance. Le contenu de ces bulles fut examiné au microscope, sans qu'on pût y déceler la présence de cellules éosinophiles. Nous n'avons, en somme, qu'à signaler un gonflement du sein gauche avec sensibilité légère et rougeur à la peau, qui est survenu vers le 15 décembre et qui a duré pendant quelques jours.

En revanche, pendant le mois de novembre on a pu noter chez elle la persistance des phénomènes hystériques déjà étudiés : tremblement des mains, vomissements incoercibles se répétant à plusieurs reprises pen-

dant quelques jours, céphalées, douleurs névralgiques, douleurs abdominales, émotivité excessive, etc... Elle est d'une extrême intolérance pour plusieurs médicaments, notamment pour les purgatifs qui déterminent de grandes douleurs abdominales et un grand abattement avec pâleur extrême, et pour l'antipyrine qui cause également des troubles gastro-intestinaux intenses.

Au moment des crises de vomissements, la malade pâlit et s'affaiblit très promptement, mais elle reprend de même son facies normal lorsque les vomissements ont cessé. Du reste, aucun des moyens habituels n'a eu d'action sur ces vomiseements qui ont pris fin d'eux-mêmes à chaque crise.

Divers phénomènes nerveux réclament l'attention : le tremblement, très accentué, surtout aux membres supérieurs ; il est intermittent et augmente d'intensité à la moindre émotion ; quelques placards d'anesthésie disséminés, notamment au-dessous du sein droit et au-devant des jambes. Les placards gangrenés sont insensibles à la piqûre, même depuis la chute des eschares, mais l'anesthésie s'étend très peu à leur périphérie. Après la cicatrisation, l'analgésie a persisté : on peut même enfoncer l'aiguille profondément, sans que la malade manifeste la moindre souffrance ; elle perçoit assez nettement les contacts et les différences de température des corps qu'on applique à la surface de la peau. Sauf dans les points signalés, la sensibilité de la peau est intacte ; il n'y a pas d'hémianesthésie. La malade ressent divers points douloureux, à l'occiput, dans la région sous-mammaire droite, à l'estomac, dans les régions ovariennes. Elle souffre assez fréquemment de l'estomac, gastralgies avec sensations de brûlure, troubles dyspeptiques. Elle a eu des hématémèses, peu abondantes ordinairement, depuis un an. Elle ressent assez fréquemment le phénomène de la boule hystérique. Elle est toujours très émotive, pleure facilement, se console et rit de même. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de trouble de l'odorat, ni du goût. Pas d'attaques convulsives ; jamais non plus de paralysies, ni de contractures ; bonne réaction musculaire. Les réflexes rotuliens sont intacts, le réflexe pharyngé presque aboli.

La cicatrisation des plaies était à peu près complète lorsque de nouveaux accidents survinrent et nous permirent cette fois d'observer toutes les phases du processus cutané.

25 décembre. Depuis environ huit jours la malade se plaignait d'élancements dans le sein gauche ; quelques rougeurs superficielles, paraissant dues au grattage, avaient été observées dans le voisinage du mamelon, lorsqu'hier dans l'après-midi, les douleurs ont augmenté, et vers trois heures, l'infirmière de la salle a vu 4 ou 5 points blancs lenticulaires se former sur le sein au milieu d'un placard rouge. Des élancements douloureux et prolongés ont augmenté dans la nuit et ont empêché le sommeil. Ce matin, on trouve un placard blanc, légèrement surélevé, dur et donnant un peu la sensation d'une plaque de morphée très superficielle.

Ce placard est placé à gauche du mamelon gauche, commençant près du bord gauche du sternum et se dirigeant obliquement vers la partie supérieure du mamelon gauche. Il est entouré d'un liséré rouge de 0,04 milli-

mètres au minimum, de 2 ou 3 centimètres au maximum. A la surface du placard l'épiderme est un peu soulevé par de la sérosité en quelques points. La sensibilité à la piqûre est nulle sur le placard blanc, mais conservée très bien dans l'aréole rouge qui l'entoure. La malade est rouge et excitée, le tremblement des mains a augmenté. Le pouls est à 92. T. M. 37°,4 ; S. 37°,5.

Le 26. La lésion a plus que doublé d'étendue depuis hier, elle a progressé pendant l'après-midi et pendant la nuit. Sur le placard, la peau est d'une couleur jaune soufre. Un petit placard nouveau s'est formé au-dessous du premier. L'aréole rouge s'est étendue au-dessous de la lésion. La malade a eu des vomissements hier soir et ce matin. Pouls 88.

En quelques points de l'aréole rouge et en regardant avec la loupe, on peut voir comment se développe la lésion : il se forme des taches blanchâtres, en apparence très superficielles, qui doivent plus tard se souder et s'épaissir pour former les placards jaunâtres plus profondément infiltrés dans l'épaisseur de la peau.

Le 27. Agrandissement du grand placard, formation de plusieurs autres placards, sur l'appendice xiphoïde, et d'autres disséminés dans l'aréole rouge. Douleurs vives, élancements incessants; insomnie ; vomissements bilieux dans la soirée. Pouls 88.

Le 28. Agrandissement des taches qui dépassent le bord droit du sternum et se forment sur les anciennes saillies kéloïdiennes du sein droit. A gauche, en dehors et à quatre travées de doigt du mamelon, sur la ligne axillaire, il s'est formé depuis le matin un placard rouge isolé, très douloureux, qui jaunit légèrement par places. Les vomissements et les douleurs continuent. Pouls à 92.

Le 29. État stationnaire sur le sein gauche où les placards prennent une coloration jaune très prononcée. Depuis lors les lésions s'étendent vers le sein droit, recouvrant l'ancienne cicatrice et arrivant jusqu'au mamelon. Les placards nouveaux ont une coloration jaune très claire avec une aréole très rouge et très étendue.

Le placard isolé sur la ligne axillaire gauche n'a pas progressé.

Pouls à 88. Température normale. Vomissements.

Le 30. L'aréole rouge recouvre tout le sein droit avec plusieurs petits îlôts blanchâtres. Le placard de la ligne axillaire gauche semble rétrograder. Douleurs très vives dans les deux seins ; vomissements.

Pouls ; 84. Température normale le matin ; le soir 38°.

Le 31. L'aréole rouge s'est étendue jusqu'à la ligne axillaire droite avec des taches blanchâtres. L'épiderme est soulevé à la surface de l'ancienne cicatrice, mais on ne peut recueillir de sérosité en incisant l'épiderme.

Les douleurs continuent. T. M. 37°, 3; S. 37°,3. Pouls, 88.

1er janvier 1898. Les eschares commencent à se détacher sur le sein gauche, la rougeur diminue sur le sein droit, et les douleurs sont moins fortes. L'épiderme se décolle à la périphérie des eschares avec formation de pus. Le placard de la ligne axillaire a rétrogradé définitivement, ainsi que certains placards isolés. Les vomissements ont continué.

T. M. 37°,1. Pouls 92.

Le 2. Les douleurs ont cessé ; les eschares commencent à s'éliminer sur

le sein gauche et à la pointe du sternum. Plusieurs éléments isolés rétrogradent. L'aréole rouge se limite partout.

Du 3 au 7, les eschares s'éliminent en déliquium, sans qu'il soit possible d'en recueillir des fragments; les vomissements persistent. L'état général est satisfaisant.

Le 11. Dans la nuit, deux nouveaux placards se sont formés au-dessus des anciens, croisant le sternum, à trois travers de doigt de la fourchette. Le grand placard a 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur et est entouré d'une aréole rouge très large à sa partie supérieure. Un placard plus petit est placé au-dessous du premier. Tous deux ont au doigt cette consistance un peu analogue à celle de la morphée, que nous avons déjà signalée ; ils ont une coloration jaune pâle, un peu brunâtre au centre. Pouls 100. T. 37°,2.

Le 12. Agrandissement du placard qui présente maintenant 10 centimètres de longueur. Vomissements. Insomnie. Pouls, 92.

Température : hier soir, 37°,8 ; ce matin, 37°,2.

Le 13. La malade est présentée à la Société de dermatologie. Pendant la nuit les placards se sont un peu agrandis et il s'en est formé un nouveau à droite du premier, au-dessus du sein droit.

L'observation sera continuée.

Si nous passons en revue cette observation, nous pouvons distinguer plusieurs phases dans l'évolution des accidents hystériques. Tout d'abord il faut remarquer le début très brusque des premiers phénomènes nerveux à la suite d'une vive frayeur. Ces phénomènes assez nombreux appartiennent nettement à l'hystérie, mais avec absence constante d'attaques d'hystérie convulsive. Assez promptement apparaissent chez elle les accidents cutanés : 1° l'urticaire, l'érythème, des bulles pemphigoïdes guérissant complètement ou aboutissant à des ulcérations ; 2° dans la seconde série d'accidents des bulles se montrent encore, mais avec des placards de gangrène suivis de l'élimination d'eschares que l'on peut recueillir ; 3° les accidents actuels : foyers de gangrène entourés d'une zone érythémateuse dans laquelle il ne se produit pas de vraies bulles, mais quelquefois des décollements de l'épiderme assez étendus ; 4° formation très lente de cicatrices saillantes, presque kéloïdiennes, analgésiques.

Le plus souvent nous observons l'évolution des lésions cutanées, dans l'ordre suivant : érythème rosé ou rouge ; formation çà et là de taches blanches ou légèrement jaunâtres, parfois si petites que l'emploi de la loupe est nécessaire pour bien les voir ; fusion de ces taches qui forment une nappe plus ou moins étendue et qui peut se comporter de diverses manières : 1° dans le cas le plus grave, il se forme un placard qui s'étend à la fois en surface et en profondeur,

s'indure légèrement, un peu à la façon d'une morphée très superficielle ; tantôt sa coloration s'accentue, devient jaune clair, ou jaune soufre, quelquefois, un peu plus foncée au centre ; en quelques jours un sillon avec suppuration éliminatrice se produit à la périphérie, et le placard se détache en petits lambeaux, en laissant une ulcération superficielle, qui saigne facilement ; 2° en d'autres points, le processus est moins profond, le placard est moins jaunâtre, l'épiderme seul se décolle en lambeaux, bien qu'il se forme assez peu de liquide au-dessous de lui, pour qu'il soit impossible d'en recueillir ; 3° rétrogradation complète en certains points ; l'érythème disparaît ; il se produit seulement une petite desquamation avec excoriation superficielle, à la place où étaient les taches blanc-jaunâtre.

Ce qui est remarquable parfois, c'est la grande rapidité avec laquelle se forment les lésions cutanées. Toutefois nous avons toujours pu constater que l'érythème était le phénomène initial, tandis que, dans l'observation de M. Leloir, la gangrène paraît parfois se former sans qu'il y ait eu de changement de coloration à la peau. D'après l'ensemble des phénomènes, douleurs prémonitoires et concomitantes, érythème, formation des taches et des placards de gangrène, notre cas rappelle beaucoup ceux de Kaposi et de Carrel. Il est à remarquer, d'ailleurs, que la plupart des faits publiés jusqu'ici présentent de grandes analogies, argument qui ne doit pas être sans valeur pour les observateurs, car en présence de pareils cas, on doit résister à la tentation obsédante de croire à des manœuvres de supercherie de la part des malades.

Nous avons pris à cet égard un certain nombre de précautions : surveillance de la malade, examen de sa literie, de sa table de nuit, de ses vêtements ; recherche de la présence d'un acide à la surface de la peau à l'aide des papiers réactifs, et notamment du papier orangé Poirier ; analyse de l'alcool dans lequel avaient séjourné les lambeaux d'eschare. Tout a été inutile jusqu'ici, mais notre surveillance continue toujours.

Ce qui nous semble plaider en faveur de la bonne foi de la malade, c'est, d'une part, l'évolution générale de la maladie et de ses manifestations cutanées, et, d'autre part, l'évolution des lésions envisagées isolément.

D'abord, c'est l'érythème avec ses taches blanc-jaunâtre qui s'agrandissent, se réunissent et aboutissent à la gangrène tantôt en quelques heures, tantôt seulement en deux ou trois jours. C'est l'inégalité des lésions malgré leur point de départ identique : gangrène ou bien simples altérations superficielles avec décollement de l'épiderme ; quelquefois même, rétrogradation des lésions qui se résolvent, bien qu'elles aient paru d'abord devoir évoluer comme les lésions du voisinage.

La pathogénie de ces accidents est encore obscure ; la plupart des auteurs font intervenir les troubles de l'innervation et notamment de l'innervation vaso-motrice. Il est certain qu'on ne peut s'empêcher d'adopter cette hypothèse en examinant l'évolution des phénomènes : douleurs violentes avec élancements superficiels et profonds, érythème avec légère exsudation, analgésie des taches blanches et de leur voisinage. Sauf pour les bulles, le processus ne peut être en rien comparé aux diverses lésions produites par les germes infectieux. Seule l'action des caustiques peut réaliser un tel complexus symptomatique, mais nous persistons à croire à la bonne foi de notre malade.

M. le professeur Pitres, qui a bien voulu venir la voir et l'examiner, est aussi de cet avis. Il a pensé que l'impression profonde produite sur la malade par le contact des cancrelats a été peut-être le point de départ de cette série extraordinaire de désordres cutanés. Cette impression existe souvent à l'état de veille, et elle persiste peut-être à l'état de rêve, bien que la malade n'en conserve pas le souvenir à son réveil. L'état d'agitation est, en effet, permanent pendant le sommeil de notre malade, et il est possible que des rêves obsédants reproduisant ses anciennes terreurs reviennent sans cesse et provoquent une perturbation du système nerveux capable de se localiser dans une sphère déterminée de la périphérie. Il est à remarquer, d'autre part, que les lésions ont occupé les mêmes régions que chez certains stigmatisés célèbres, les faces dorsales des pieds, la face dorsale de la main gauche, les deux aines, les deux seins. En poursuivant cette observation peut-être nous sera-t-il possible de provoquer le sommeil hypnotique et de vérifier l'hypothèse du professeur Pitres (1), et même de chercher par la suggestion à obtenir la cessation des accidents.

M. Jacquet. — Les lésions observées ici me paraissent excessivement suspectes et je demande à M. Balzer si sa malade a été très rigoureusement surveillée au point de vue de la simulation.

M. Barthélemy. — Le cas de M. Balzer est certainement un des plus complets et des plus marqués qu'il nous ait été donné de voir à Saint-Louis depuis de longues années. Je ne vois guère que le cas si bien décrit en 1890, par M. Renaut (de Lyon), qui puisse lui être comparé, comme début, comme étendue, symétrie et multiplicité des lésions, avec cette différence que les plaques sphacélées ici sont blanches (gangrène blanche), tandis que dans les cas décrits par Renaut, par Gilles de la Tourette, par Bayet et par moi-même, en 1893, dans mon travail sur le *Dermographisme*, les plaques de sphacèle cutané étaient noires, comme on le voit dans les cas d'embolie septique ou d'artérite capillaire oblitérante que l'on observe chez certains diabétiques. Cette teinte blanche rappelle le sphacèle dû à l'acide phénique ou même au chloroforme ; je pense avec M. Jac-

(1) Dubreuilh et Frèche. *Congrès de Bordeaux*, 1895.

quet qu'il faut absolument s'assurer qu'il n'y a ici aucune de ces simulations dont les hystériques sont coutumières. S'il s'agit bien de lésions, sinon trophiques, du moins en rapport avec des tissus d'une vulnérabilité spéciale, excessive, aux agents extérieurs banals, s'il n'y a pas de supercherie morbide, cette malade pourra être classée parmi les *stigmatisées* avec lesquelles elle eût été certainement confondue autrefois. (Voyez *Dermographisme*, p. 56.)

M. Balzer. — Nous nous sommes préoccupés dès l'abord d'une supercherie possible ; nous avons même fait analyser l'eschare et nous avons recherché la réaction des acides au niveau des parties malades ; le résultat a toujours été négatif. D'autres motifs permettent d'ailleurs de rejeter l'hypothèse d'une lésion artificielle ; c'est d'abord l'évolution particulière des lésions qui débutent par un érythème auquel succèdent des bulles, et enfin l'eschare, puis la marche de ces lésions qui rétrogradent par places, tandis qu'elles progressent en d'autres points ; enfin l'analogie de notre observation avec celles qui ont été publiées en France et à l'étranger et les diverses raisons exposées dans notre travail.

M. Jacquet. — Ce sont là en effet des raisons plausibles ; mais il est possible que cette malade, atteinte de dermatose, y ajoute et la complique, poussée par l'instinct de la simulation. Pour être complètement renseigné à cet égard, je proposerais d'appliquer un pansement occlusif tel que la malade ne puisse y toucher sans qu'on s'en aperçoive.

M. Barbe. — J'ai publié, en collaboration avec M. Gaucher, l'observation d'une femme âgée qui a présenté à plusieurs reprises des accidents semblables, avec cicatrices consécutives, comme vous pouvez le voir sur le moulage que je vous montre.

M. Thibierge. — Dans toutes les observations analogues publiées jusqu'ici, les lésions siègent dans des points que le malade peut atteindre avec les mains ; la malade de M. Balzer présente-t-elle des lésions en des points non accessibles ?

M. Balzer. — Les lésions siègent toutes en des régions que la malade peut atteindre avec les mains. Mais je répète que nous avons vainement recherché des signes de supercherie.

Diagnostic d'une tumeur de la face.

Par M. Hallopeau.

La malade que nous avons l'honneur de présenter est atteinte d'une tumeur de la joue dont il nous paraît difficile de déterminer la nature sans en avoir fait l'examen histologique.

En effet, de forme irrégulièrement ovalaire, siégeant dans la partie

médiane de la joue droite, elle est remarquable par la présence, dans presque tout sont pourtour, d'un bourrelet mesurant de cinq à dix millimètres de diamètre et offrant des caractères spéciaux : il est lisse, uniforme, de consistance molle, nettement limité en dehors et taillé à pic dans son bord interne ulcéré; ce bourrelet marque en toute évidence la zone d'envahissement de la lésion. Est-il compatible avec l'hypothèse qui vient tout naturellement à l'esprit d'un épithéliome ? Nous ne saurions le contester, mais nous ferons remarquer cependant que, dans l'épithéliome, le bourrelet périphérique est d'ordinaire plus dur, plus bossué, plus inégal; l'apparence de cette lésion est bien plutôt celle que l'on observe dans certains sarcomes et aussi dans les tumeurs mycosiques; ce dernier diagnostic est cependant très invraisemblable car la tumeur est unique et elle s'accompagne de douleurs qui paraissent avoir le caractère lancinant et non prurigineux ; la tuméfaction peu considérable de l'un des ganglions rétro-maxillaires n'a pas de valeur diagnostique ; nous le répétons, c'est la biopsie seule qui pourra nous faire connaître la nature de la maladie.

M. Darier. — Je crois qu'il s'agit ici d'un épithélioma, en raison de la netteté des bords, du bourrelet, de l'épidermisation qui existe au centre de la lésion, de l'aspect enfin de points sphacélés au niveau de la périphérie ; mais une biopsie s'impose.

Sur un cas de pemphigus aigu de l'adulte.

Par MM. H. Hallopeau et Charles Lévi.

En attendant un classement scientifique des éruptions bulleuses, il est utile de publier les faits qui s'écartent, à certains égards, des règles communes : c'est ce qui fait l'intérêt du malade que nous avons l'honneur de vous présenter.

Son obervation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Félix A..., 60 ans, garçon boucher, entré le 29 novembre 1897, salle Bazin, lit nº 61.

Le malade, vigoureux, et très solidement musclé, n'a eu aucune affection de la peau antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital.

La maladie actuelle a commencé, huit jours avant son entrée à l'hôpital, par des bulles qui ont apparu d'abord à l'aisselle gauche, puis se sont disséminées en foyers multiples. L'éruption bulleuse existe actuellement au tronc et aux membres. Ces bulles sont remplies d'un liquide jaune citrin ou séro-purulent; il s'y forme un dépôt fibrineux ; on y trouve des streptocoques dont l'invasion est secondaire. Leurs dimensions varient de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce

de deux francs; leurs contours sont nets, non érythémateux. Quand ces bulles se sont ouvertes, il reste une excoriation arrondie.

Dans la région axillaire, ces bulles confluentes forment une large excoriation recouverte de débris épidermiques blanchâtres.

L'éruption prédomine aux régions axillaires et inguinales, et aux membres, surtout à leur face interne. Il y a peu d'éléments sur le tronc, en dehors de la ligne axillaire et de quelques bulles à la partie supérieure du thorax et à la partie moyenne du dos.

Les mains et les pieds sont indemnes ; à la tête, on voit quelques bulles derrière les oreilles, au front, et au cuir chevelu.

Notons enfin que l'éruption est assez marquée au voisinage de la cicatrice d'un ancien vésicatoire entretenu pendant un an.

L'examen du liquide des bulles a montré très peu d'éléments figurés, et *pas de cellules éosinophiles,* même dans la fibrine. Il n'y a *pas d'augmentation des cellules éosinophiles du sang* (Laffitte).

Au cœur on constate un souffle d'insuffisance mitrale, avec tendance à l'arythmie ; il y a un peu d'albuminurie.

Le malade est soumis à un traitement par le benzo-naphtol à la dose quotidienne d'un gramme cinquante et par la poudre de feuilles de digitale à la dose de 20 centigrammes, en macération.

12 décembre. Depuis quelques jours, le malade est en asystolie avec congestion pulmonaire et dyspnée intense. L'application de ventouses sur le devant de la poitrine est suivie de la production de petites bulles confluentes, à contenu clair, et limitées à la surface des ecchymoses provoquées.

L'éruption du reste du corps n'est plus représentée que par des macules brunâtres, dont quelques-unes sont végétantes.

12 janvier. Les macules persistent, les végétations ont rétrocédé.

Les particularités sur lesquelles nous désirons surtout appeler l'attention sont les suivantes :

Il s'est manifestement agi de lésions *inflammatoires* : la nature fibrineuse de l'exsudat, les végétations qui en diverses régions lui ont fait suite ne peuvent laisser de doute à cet égard.

Les sièges d'élection ont été les régions axillaires et inguinales ; la maladie a été franchement aiguë et de courte durée : les néoformations bulleuses ont cessé avant la fin de la deuxième semaine.

Il faut faire exception pour les soulèvements bulleux qui se sont manifestés huit jours plus tard sur les surfaces altérées par l'application de ventouses sèches ; leur développement a été très rapide ; elles ont persisté pendant plusieurs jours.

Les lésions ont laissé comme traces des macules sombres à contours nettement arrêtés.

Les petites végétations signalées ont bientôt rétrocédé.

Le malade n'avait pris aucun médicament susceptible d'avoir provoqué cette éruption.

S'est-il agi d'une toxidermie ou de troubles tropho-névrotiques ? On pourrait invoquer en faveur de cette dernière hypothèse l'apparition

des bulles sur les surfaces ventousées en les rapportant à une réaction anormale des vaso-moteurs, mais l'on peut avec autant de vraisemblance supposer un appel de toxines hématiques.

Cette dermatose, qui paraît éteinte, se sépare nettement des érythèmes bulleux par sa localisation et l'absence d'érythème ainsi que de la dermatite herpétiforme par sa marche aiguë.

Nous avons vu que, d'accord avec cette dernière différenciation, M. Laffitte a constaté l'absence, dans le liquide exsudé ainsi que dans le sang, de cellules éosinophiles.

Note sur 18 cas d'accidents provoqués par une teinture pour cheveux à base de chorhydrate de paraphénylène-diamine.

Par M. H. Cathelineau.

Il y a 3 ans nous rapportions les observations de deux malades présentant des accidents provoqués par une teinture pour cheveux.

L'analyse chimique nous avait montré qu'ils étaient produits par une substance non encore signalée, à notre connaissance, comme agent éruptif, qui était le chlorhydrate de paraphénylène-diamine.

Il nous a été donné de rencontrer dans le service de M. le professeur Fournier seize autres malades se présentant à la consultation avec divers phénomènes éruptifs provoqués par une teinture pour cheveux ayant cette substance pour base.

Chlorhydrate de paraphénylène-diamine. — *Caractères physiques et chimiques.* — Le chlorhydrate de paraphénylène-diamine se présente sous la forme de lamelles rosées, d'aspect micacé, sans odeur appréciable.

La paraphénylène-diamine cristallise à 102°, fond à 140°, bout à 260° et distille entre 267 et 268°. Le chlorhydrate est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther. Les agents oxydants le transforment en *quinone;* cette transformation se fait assez rapidement à l'air. Dans ses solutions, elle est instantanée par l'addition d'eau oxygénée ou de tout autre agent oxydant.

Réactifs. — Si à une liqueur contenant de la paraphénylène-diamine, on ajoute une petite quantité de son isomère en méta et du bichromate de potasse, il se produit du bleu de toluidine dont la couleur intense est caractéristique.

Quelques gouttes d'une solution de paraphénylène-diamine projetées sur du papier à filtrer, additionnée d'eau oxygénée, donnent une coloration rouge noirâtre se fonçant rapidement.

Quelques gouttes d'une solution étendue de nitrite de potasse donnent une coloration jaune verdâtre très nette qui se fonce; finalement on obtient une liqueur noirâtre, donnant un dépôt noir.

Préparation. — Pour obtenir la phénylène-diamine, on part de la paranitraniline pure qui a été réduite par l'étain et l'acide chlorhydrique; la réaction terminée, on précipite l'étain par l'hydrogène sulfuré. La base est ensuite extraite par l'éther de la solution aqueuse rendue alcaline.

On la purifie par distillation et sublimation dans un courant d'hydrogène.

Action physiologique (1). — La paraphénylène-diamine, $C^6H^4 (AzH^2)^2{}_{1.2}$ a été étudiée au point de vue physiologique, par MM. R. Dubois et Vignon. Elle provoque la mort chez le chien à la dose de 0,10 par kilogramme en injection hypodermique, en déterminant très rapidement de la salivation, du ténesme, de la diarrhée et un peu de somnolence. Elle entrave la respiration. Les muqueuses buccale et linguale se colorent en brun, on observe des troubles dans la marche, de la raideur des membres, de l'opisthotonos; la température s'abaisse mais très peu. Il y a une irritation manifeste du globe oculaire, de l'hyperesthésie de la conjonctive et de l'exorbitisme, la muqueuse des fosses nasales, du pharynx et de la glotte est violemment irritée, le chien éternue souvent et brusquement, puis est pris d'une toux rauque; il se produit en même temps un coryza violent accompagné d'un écoulement muqueux nasal très abondant. L'animal meurt au bout de 12 à 15 heures dans le coma, la température s'abaisse de 3 à 4 degrès.

A l'autopsie tous les tissus, le sang en particulier, présentent une coloration brune, très marquée, il est plus fluide qu'à l'état normal, se coagule difficilement. Les muscles ont une teinte tellement foncée qu'il est presque impossible de continuer une opération commencée, « on opère dans l'encre ».

Le poumon est exsangue, le ventricule gauche en systole est presque vide, le foie est brun violacé, la rate pâle et rétractée, le cerveau paraît normal. L'examen microscopique ne montre rien d'anormal (2).

Mode d'emploi de la teinture. — Dans le commerce on vend pour teindre les cheveux, sous les noms les plus divers, deux flacons

(1) R. Dubois et Vignon. Étude préliminaire de l'action physiologique de la para et de la métaphénylène-diamine. *Archives de physiologie normale et pathologique,* 1888, p. 725, t. II.

(2) On connaît aussi l'orthophénylène-diamine $C^6H^4 (AzH^2)^2{}_{1\text{-}2}$, la métaphénylène-diamine $C^6 H^4 (Az H^2)$, $(Az H^2)_3$ employée dans l'industrie de la teinture pour obtenir des tons havane. Les sels traités par un nitrite alcalin donnent un précipité brun clair, formé surtout de triamidobenzol $C^{12} H^{13} Az^3$, désigné sous le nom de brun Bismark, brun de phénylène, brun de Manchester et le corps qui nous occupe.

Les phénylènes-diamines possèdent des propriétés basiques très accentuées, elles présentent avec les leucomaïnes et les ptomaïnes une similitude de fonctions chimiques remarquables.

renfermant l'un (solution n° 1) une solution aqueuse ou légèrement alcoolique de chlorhydrate de paraphénylène-diamine, l'autre (solution n° 2), de l'eau oxygénée. La teinture s'affectue en deux temps. Avec quelques centimètres cubes de la solution n° 1 on imbibe une brosse ou une éponge qu'on passe sur les cheveux que l'on veut recolorer ; au bout de quelques instants on passe aux mêmes endroits une autre brosse ou éponge imbibée d'eau oxygénée. L'effet est presque instantané.

Dans ces conditions il se fait de la quinone $C^8 H^4 O^2$, corps bien connu en chimie organique, se sublimant à la *température ordinaire* en émettant des vapeurs très irritantes, piquant les yeux.

Les cheveux ou la barbe qui ont d'abord une teinte violacée se foncent sous l'influence de l'eau oxygénée. On peut obtenir les tons les plus divers depuis le noir foncé jusqu'au châtain en faisant varier le degré de dilution de l'eau oxygénée.

Vus de face la chevelure ou les poils ont un aspect noir s'harmonisant bien le plus souvent avec la couleur du reste de la chevelure ou de la barbe ; néanmoins, il reste presque toujours, quand on les examine séparément, un léger reflet violacé.

Étude clinique. — *Siège.* — Le siège de l'éruption est presque toujours naturellement à la bordure des cheveux, à la lèvre supérieure chez ceux qui se teignent la moustache, sur le front, la nuque, les oreilles, d'où elle déborde plus ou moins sur les parties avoisinantes, parfois la face tout entière est intéressée.

L'éruption peut se montrer aussi sur le cou, le devant de la poitrine, les bras à la face externe, les épaules et la partie supérieure du dos ; chez certains, à la face interne des cuisses, aux organes génitaux, dans quelques cas aux extrémités supérieures et inférieures.

Les paupières sont gonflées, la face bouffie, les yeux injectés.

Symptômes de début. Invasion. — L'éruption apparaît soit dès la première application de la teinture, soit après plusieurs applications, soit enfin après un usage de plusieurs mois.

Au dire de beaucoup de sujets, on éprouve presque toujours une sensation de picotements dans les yeux durant quelques heures ou quelques jours, les yeux pleurent généralement avec plus ou moins d'intensité et il ne se produit aucun autre phénomène.

A un degré plus accentué les sujets éprouvent une sensation de démangeaison, légère au début, allant en s'accentuant dans les cheveux, la barbe et la face ; la démangeaison devient parfois intense, s'accompagne d'une légère rougeur. Ces phénomènes durent de 24 à 48 heures en moyenne.

Éruption. — Arrivent alors chez certaines personnes des phénomènes éruptifs.

Quand l'éruption apparaît, on voit généralement des plaques d'un

rouge vif, à contours irréguliers, presque ininterrompues, situées sur le front, à la naissance des cheveux, envahissant le cuir chevelu et à bords nettement limités.

Sur le front de petites taches de couleur rouge foncé du diamètre d'une pièce de 0,20 jusqu'à celui d'une pièce de un franc, les plus larges plaques entourées généralement de plaques plus petites du diamètre d'une lentille.

En ces points, le derme est épaissi, la peau tendue, la couleur des plaques éruptives disparaît pour quelques secondes sous la pression digitale, la peau n'est pas infiltrée.

Dans les intervalles, la peau est normale. On rencontre disséminées çà et là sur le reste de la figure, le cou, les épaules, de petites taches de dimensions variables.

Les paupières sont légèrement gonflées, puis au bout de quelques jours la démangeaison qui avait précédé et accompagné l'éruption diminue, puis disparaît; en même temps les taches pâlissent pour disparaître ensuite, une légère desquamation termine la scène. Ceci est la forme bénigne.

Dans d'autres cas, la couleur de l'éruption est d'un rouge vif, les placards érythémateux ne laissent sur la figure que quelques rares intervalles de peau saine. La couleur de l'érythème ne disparaît pas sous la pression du doigt.

Par places, certaines plaques deviennent ortiées, puis papuleuses, d'autres présentent de petites vésicules de dimensions inégales remplies, les unes de sérosité, les autres d'un liquide lactescent, et l'on voit sur la figure des malades, par places, des vésicules desséchées, cireuses d'aspect ou des croûtes foliacées provenant de la rupture des vésicules et de l'épanchement de leur contenu sous l'influence du grattage.

Les téguments sont tuméfiés, cette tuméfaction se propage aux oreilles, le derme est épaissi, les paupières œdématiées au point d'empêcher dans quelques cas l'occlusion de l'œil, les conjonctives sont injectées, les yeux pleurent.

La démangeaison est tellement intense que le malade ne peut dormir.

Dans quelques cas, la température s'élève légèrement.

Dans les cheveux, les sourcils, la barbe, on voit parfois apparaître des vésicules dont le liquide exsudé se convertit en croûtelles molles, jaunâtres, impétiginiformes.

Le retour à l'état normal s'effectue lentement, la peau reste rugueuse, œdématiée et la desquamation qui se produit ensuite dure plusieurs semaines. Il n'y a dans les urines ni sucre, ni albumine.

Durée. — La durée des accidents est très variable, de quelques jours à deux ou trois semaines. Parfois il se fait des poussées secondaires alors qu'on croyait le malade guéri.

Étiologie. — Comme pour toutes les éruptions provoquées, chimiques ou médicamenteuses, une prédisposition particulière semble nécessaire.

Chez les 18 malades qui font le sujet de ce mémoire, il y en a 11 qui ont vu les accidents se produire dès la première application de la teinture, 6 qui en usaient sans accident depuis quelques semaines, 1 qui y avait recours depuis 8 mois environ.

Aucun n'était ou n'avait été atteint d'affection cutanée ou n'avait éprouvé de troubles cutanés de par l'ingestion ou l'application de divers médicaments.

Il semble donc qu'on ait affaire dans l'espèce à une substance relativement très active et, au point de vue de l'hygiène, le fait est à retenir.

Dans la littérature médicale on trouve bien rarement signalés des accidents produits par les teintures pour cheveux bien que les substances entrant dans leur composition soient loin d'être inoffensives (acide pyrogallique, ammoniaque, bichromate de potasse, sulfures alcalins, nitrate d'argent, cyanure de potassium).

Pronostic. — Le pronostic semble devoir être bénin; jusqu'à ce jour il ne s'est agi le plus souvent que d'accidents de peu de durée n'ayant amené aucune complication.

Diagnostic. — Le diagnostic, comme l'a dit M. le professeur Fournier, est généralement difficile; la confusion avec un eczéma suraigu serait possible; d'autre part, les malades nient presque toujours de la façon la plus formelle l'emploi de toute teinture.

Cependant la soudaineté des accidents, l'énorme bouffissure des paupières, la métamorphose de la physionomie sont de bons indices.

Traitement. — Tous les moyens habituellement employés contre les érythrodermies amènent en quelques jours la disparition de tous les accidents.

Obs. I. — L. F..., 33 ans. La malade raconte que pendant qu'elle s'imprégnait les cheveux avec une solution destinée à les noircir, quelques gouttes tombèrent sur la joue gauche et qu'elle dut, pour en effacer la trace, se frotter assez longuement la joue. Le lendemain elle ressent un prurit assez intense qui va en s'accentuant dans le cuir chevelu et sur la figure; trois jours après elle se présente à l'hôpital dans l'état suivant :

Sur la face, on voit un érythème généralisé avec œdème des paupières, tuméfaction des téguments se propageant aux oreilles des deux côtés. La couleur de l'éruption est rouge intense en larges placards, à contours irréguliers.

En dehors de ces placards qui occupent le front, les paupières, les joues, jusqu'au niveau du maxillaire inférieur, l'éruption se présente sous forme de taches de dimensions variables au niveau du cou et sur les épaules.

Dans les cheveux et sur les sourcils, on remarque des vésicules de

dimensions inégales, dont le liquide exsudé s'est converti en croûtelles molles, jaunâtres, impétiginiformes.

Sur les avant-bras, à leur face externe, sur les jambes, on note quelques éléments vésiculeux disséminés.

Obs. II. — R. D... A la suite de l'application de la teinture, la malade éprouve dans le cuir chevelu, au front, à la nuque, une chaleur vive accompagnée de prurit quelques heures après cette application. La nuit est mauvaise, les paupières sont gonflées; le lendemain, la malade s'aperçoit qu'aux points où siège la démangeaison la peau est rouge ; l'éruption est constituée par des plaques d'un rouge vif, non saillantes, à contours sinueux mais nets, disparaissant par la pression. Sur les épaules on constate des plaques en très petit nombre, du diamètre d'une lentille. La conjonctive est injectée.

Obs. III. — A. G... La malade raconte que quelques heures après s'être teint les cheveux elle fut prise de démangeaisons intenses, les yeux se gonflent, la conjonctive s'injecte. Elle se présente le lendemain à l'hôpital présentant des phénomènes éruptifs identiques comme siège et signes objectifs à ceux décrits dans la précédente observation.

Obs. IV. — E. B... La malade, qui avait fait une forte application de la teinture, présentait, au moment de son entrée à l'hôpital, les accidents suivants :

Toute la peau du cuir chevelu était d'un rouge vif, l'érythème débordait les cheveux sur une largeur de 2 à 3 centimètres, au front, au niveau des oreilles, à la nuque.

Les paupières, très gonflées, avaient peine à recouvrir les yeux.

Au milieu du dos, le long de l'épine dorsale, une large traînée érythémateuse descendait large de quelques centimètres, la face externe du bras droit était couverte de petites plaques érythémateuses de diamètres divers (depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce d'un franc).

Mêmes lésions au scrotum et à la face interne des cuisses.

Prurit intense. La peau est tuméfiée et épaissie, la face œdématiée. Température 37°,9.

Le lendemain apparaissent dans le cuir chevelu, un grand nombre de petites vésicules remplies bientôt, pour la plupart, d'un liquide blanc jaunâtre; le liquide exsudé se convertit en petites croûtes molles jaunâtres.

Derrière les oreilles la rougeur est marquée par un aspect eczémateux de la peau qui est épaissie et comme craquelée, suintante et sur laquelle se montrent des croûtes jaunâtres, molles, assez volumineuses.

Durée des accidents, neuf jours.

Desquamation sous forme de squames larges de plusieurs millimètres.

Obs. V. — I. C... A la suite d'applications nombreuses de teinture qui, jusqu'alors, n'avaient produit aucun accident, la malade, dont les cheveux étaient plus particulièrement grisonnants aux tempes, se présente à l'hôpital avec une éruption localisée aux oreilles qui sont rouges, épaisses, luisantes, tuméfiées, informes, suintantes.

Les paupières sont fortement œdématiées.

Au cou, aux épaules, au bras, quelques plaques érythémateuses, surtout du côté droit, la malade dormant la tête appuyée sur le bras droit.

Prurit intense. Insomnie. Durée des accidents, 9 jours.

Obs. VI à XVII. — Les malades qui font le sujet de ces observations présentent une éruption ayant les caractères communs suivants :

Prurit. Apparition au front sur la bordure des cheveux de plaques érythémateuses de dimensions plus ou moins considérables, allant du rouge foncé au rouge cerise, œdème des paupières, injection de la conjonctive, éléments éruptifs disséminés sur la face, au menton, au cou, au dos, aux bras (face externe), à la poitrine.

Obs. XVIII. — A. D... La malade faisait usage de la teinture depuis six mois environ, tous les quinze jours, sans avoir jamais éprouvé d'autre phénomène qu'une légère démangeaison au cuir chevelu, quand soudainement, à la suite d'une application de teinture opérée dans les mêmes conditions qu'antérieurement, se manifeste d'abord un violent prurit.

La nuit fut mauvaise et le lendemain le prurit continuant à augmenter, apparition de placards érythémateux au front et dans le cuir chevelu, rouge vif, à bords sinueux, séparés par d'assez larges intervalles de peau saine. Le prurit continue, le surlendemain apparaissent d'autres plaques érythémateuses aux joues, au menton, au cou, au bras droit; les oreilles sont rouges, épaisses, luisantes, un peu suintantes. Les paupières sont fortement gonflées, par endroits certaines plaques deviennent papuleuses, le derme est épaissi, suintant, la rougeur ne disparaît pas sous la pression digitale.

Au front, à l'angle interne de l'œil gauche, on voit quelques vésicules remplies d'une sérosité blanchâtre, desséchée, cireuse d'aspect ; sur les joues la peau fendillée, comme craquelée, laisse suinter une sérosité poisseuse qui, en se concrétant, forme des croûtes jaune brunâtre. Par places les placards présentent une coloration tantôt rouge vif, tantôt rouge foncé, rouge brunâtre, sans bords nettement limités, bordés à quelques millimètres par de petites taches rougeâtres disposées sans ordre et sans forme régulière, de dimensions variables.

Le derme est épaissi au niveau de tous les placards éruptifs. La température a toujours été normale.

M. Barthélemy. — Je pense que le début par une localisation spéciale à certaines régions de la face permet dans ces cas de faire le diagnostic de dermite artificielle.

M. Besnier. — Ce qu'il y a de remarquable dans tous ces faits, c'est la généralisation des éruptions qui, parties de la face, s'étendent plus ou moins loin.

Nouvelle étude sur un cas de mycosis fongoïde.

Par M. H. Hallopeau.

Examen histologique, par MM. Leredde et Laffitte.

Cette note a trait au dernier malade que nous avons eu l'honneur de

présenter à la Société dans la séance de novembre ; plusieurs de nos collègues avaient émis des doutes relativement au diagnostic et celui d'une syphilis concomitante avait été mis en avant par M. Fournier ; bien qu'ayant déjà constaté antérieurement l'impuissance d'un traitement spécifique, j'avais pris l'engagement de faire une nouvelle tentative avec les injections de calomel ; mais j'avais compté sans la volonté du malade qui s'est absolument refusé à cette médication ; j'avoue l'avoir fait sans contre-cœur, car j'étais intimement convaincu que la syphilis n'avait rien à faire dans ce cas.

Le malade a été traité intérieurement par les préparations arsenicales, localement tantôt par la solution picrique, tantôt par l'huile phéniquée.

La maladie a continué à évoluer, comme en témoigne la suite de l'observation.

10 novembre 1897. La base végétante a 10 centimètres transversalement, sur 7 centimètres verticalement, et son relief est de 25 millimètres ; au-devant de la cuisse, sur un placard érythémateux il s'est développé une série de bulles disposées circulairement, et les parties sous-jacentes végètent.

Le 17. A la partie supéro-externe de la jambe droite, on remarque un groupe d'ulcérations mesurant, la plus grande, 4 centimètres et demi de diamètre, la plus petite 1 centimètre, saillantes de près de 1 centimètre, recouvertes d'une croûte jaune brunâtre. Cette croûte enlevée, on voit une surface ulcérée et sanieuse aux contours irréguliers.

Des ulcérations semblables existent à la cuisse gauche, sur l'abdomen et au visage. Celle de l'abdomen est la plus grande ; elle mesure 10 centimètrtes sur 7 et forme une saillie de plus de 1 centimètre. Celles du visage sont petites pour la plupart, excepté celle qui recouvre la lèvre et le nez et qui mesure 5 centimètres en travers et 7 de haut en bas.

Le 23. Au *membre inférieur gauche*, il est survenu peu de changements depuis près d'une semaine. Plusieurs ulcérations commencent à bourgeonner à leur centre ; elles sont pour la plupart arrondies, taillées à pic, légèrement excavées, recouvertes d'une croûte noire, entourées d'un mince cercle ou liséré ulcéré ; quelques-unes forment une saillie légère.

A la *jambe droite*, il ne reste que quelques ulcérations rangées en cercle, et situées à la partie postéro-externe.

Les lésions du bas-ventre et du pubis s'améliorent et sont même en voie de cicatrisation.

La masse cérébroïde de la région iliaque est toujours énorme. Elle mesure 10 centimètres sur 7 en étendue, et 3 en hauteur.

Sur le tronc, un petit nombre d'ulcérations sont en activité ; au-devant de l'aisselle gauche, la grande ulcération serpigineuse est toujours persistante, mais sa configuration a changé. Elle ressemble aujourd'hui à un triangle à sommet supérieur, à contour polycyclique, végétant, et interrompu par des cicatrices.

Dans le dos, il n'y a plus en activité que la petite ulcération à forme de losange, sous la pointe de l'omoplate.

Au visage, aux joues, même état des lésions.

Le 27. L'état local paraît s'être amélioré encore depuis cinq jours. En effet, la plupart des lésions de la face, du tronc, sont nettement en voie de cicatrisation. Au-devant du tronc, les altérations ne sont plus représentées que par des taches d'un pigment sombre, limitées par un léger soulèvement épidermique.

Mais les ulcérations axillaires et la grosse masse iliaque conservent leurs mêmes caractères.

Les lésions sus-pubiennes se cicatrisent en partie; plusieurs ulcérations croûteuses des jambes ont une tendance évidente à se fermer ; celles qui étaient saillantes s'affaissent.

4 décembre. Depuis deux jours, il se produit une dyspnée intense sans lésions appréciables du poumon ni du cœur ; mais l'albuminurie est abondante. Le sujet, infecté par la multitude de ses plaies superficielles, va s'affaiblissant chaque jour. En général, même état des ulcérations des membres. Les ulcérations de la partie externe de la cuisse rappellent une surface brûlée dont la peau aurait été enlevée. Sur le dos du pied, on voit une épaisse croûtelle recouvrant une surface tout à fait cicatrisée.

La grosse masse cérébroïde paraît avoir diminué de volume, mais sa surface se sphacèle.

A la face, l'ulcération de la lèvre supérieure s'étend vers l'orbite gauche, présentant une surface bourgeonnante d'où s'échappe un exsudat sanieux.

Le 5. Le malade, somnolent et indifférent depuis plusieurs heures, meurt à 10 heures du matin.

Examen histologique, par MM. Leredde et Laffitte. — Les parties examinées proviennent, pour les lésions du début, de fragments de peau, presque saine en apparence, et pris sur le cadavre 24 heures après la mort, et, pour les lésions confirmées, d'un fragment de tumeur mycosique pris par biopsie au niveau de l'aisselle gauche.

Fixation par le sublimé acétique; coloration par l'hématéine, la thionine, le picro-carmin, après inclusion paraffinée.

A. — *Lésion du début.* — On voit, à un faible grossissement, un état végétant très marqué de la peau, de véritables bourgeons pédiculés, à insertion mince. L'épiderme est en général aplati par l'œdème dermique, avec quelques prolongements profonds épaisis.

On constate, en divers points du corps muqueux de Malpighi, dans ses parties profondes, un véritable état réticulé de l'épiderme, et, dans les parties superficielles, de nombreuses petites cavités isolées.

Le derme présente une seule et même altération dans ses parties profondes et superficielles.

Profondément, on trouve cependant de larges fentes ovalaires revêtues d'une paroi, communiquant çà et là les unes avec les autres. Ce sont des capillaires sanguins dilatés.

Le tissu conjonctif est très modifié : Aucune trace des faisceaux nor-

maux; le tissu est parsemé de cellules formant en quelques points des amas peu serrés.

A un fort grossissement, on constate que ces amas mal limités sont formés de cellules groupées sur un réticulum bien dessiné, en général épais, en quelques endroits très délié; ces cellules ont, pour la plupart, le caractère des cellules conjonctives, c'est-à-dire qu'elles ont un noyau ovale plus ou moins régulier, présentant une distribution irrégulière de la chromatine. Ces noyaux sont parfois très tuméfiés, volumineux, moins colorables et comme œdémateux. Toutes ces cellules adhèrent aux mailles du réseau conjonctif.

Ce tissu conjonctif est partout profondément dissocié et altéré; ses faisceaux paraissent formés d'une substance coagulée, aux contours mal dessinés, et forment un réseau à mailles, pour la plupart très épaisses, comme il a été dit, et, çà et là, très déliées.

Dans toute l'étendue du tissu conjonctif, on voit comme un semis de nombreuses cellules fixes, au noyau tuméfié et œdémateux comme dans les cellules en amas. Pas de trace de karyokinèse.

Cette structure histologique diffère de celle du mycosis typique. On sait que dans cette maladie il y a prolifération des cellules fixes et que ces cellules fixes, qui entrent pour une assez grande part dans la constitution des amas cellulaires, ne sont pas seules à les constituer; il y a encore, en effet, des plasmazellen en abondance.

Cependant on aperçoit dans nos coupes, en quelques points très rares, quelques plasmazellen certaines. D'autres cellules plus nombreuses, à petit noyau sans protoplasma, ressemblent aux lymphocytes; mais on ne saurait affirmer qu'il ne s'agit point ici de petits plasmazellen, la pièce ayant été prise 24 heures après la mort et ayant déjà subi quelque altération.

Les polynucléaires sont rares, on les aperçoit çà et là dans les amas ou en dehors d'eux.

Par la thionine enfin, on colore un grand nombre de mastzellen, ce qui appartient aussi au mycosis.

Dans l'épiderme, on constate une hyperkératinisation très marquée en plusieurs points, mais cette lésion est de peu d'intérêt. L'altération principale est l'apparence de réseau déjà constatée à un faible grossissement. On se rend compte de sa formation en considérant les petites cavités qui se trouvent à la surface du corps muqueux. Ces cavités sont très nettement formées aux dépens des cellules épithéliales dont le noyau est tantôt refoulé à la périphérie, et tantôt est resté au centre. La lésion pseudo-réticulée, sous-jacente à la première, est due à la confluence des cellules ainsi altérées.

Notons encore les altérations fréquentes du noyau des cellules épidermiques, tantôt atrophié, tantôt hypertrophié, et se colorant d'une manière anormale.

Signalons enfin la pigmentation intense d'un bon nombre de cellules dans les couches profondes du corps de Malpighi, pigmentation cellulaire qui explique celle des téguments, au niveau des lésions.

B. — *Lésions confirmées* (tumeur de l'aisselle gauche). — La tumeur présente, à sa surface, une hypertrophie de l'épiderme, dont la partie

profonde est infiltrée de polynucléaires. Mais la majeure partie de la coupe est dénuée d'épiderme, et présente à sa place un tissu de bourgeons charnus.

Le derme et les parties sous-jacentes sont constitués par un tissu conjonctif œdémateux, grossièrement réticulé en général, et parsemé de polynucléaires (lésions ouvertes), plus abondantes à la surface qu'à la profondeur.

Les cellules fondamentales du tissu sont du type conjonctif, et présentent une altération nucléaire considérable ; quelques noyaux sont hypertrophiés, avec une répartition irrégulière de la chromatine, comme dans certains sarcomes.

Les plasmazellen y sont extrêmement rares. Quelques éosinophiles. En outre, état hémorrhagique diffus ; presque partout diffusion de globules rouges.

Cet examen histologique est intéressant, quoiqu'il ne soit pas irréprochable, car l'examen des lésions initiales n'a pas été fait sur une biopsie, mais sur un fragment pris sur le cadavre, et qu'il y ait eu sans doute un commencement d'altération. Néanmoins, on peut assurer qu'il ne s'agit point d'un mycosis à structure normale.

D'abord, on ne découvre pas ici le grand nombre de plasmazellen signalé par Unna. Le réticulum conjonctif épais, grossier, n'est pas celui du mycosis ordinaire ; un œdème énorme, voilà ce qui domine plutôt dans nos lésions. A l'égard de la tumeur elle-même, l'infection surajoutée a dû modifier profondément la structure mycosique.

Néanmoins on serait fort embarrassé de ranger ces lésions dans une autre affection que le mycosis fongoïde. Il ne s'agit ici ni de sarcome, ni de syphilis, et l'examen histologique confirme plutôt l'observation clinique.

La pigmentation n'est pas une lésion ordinaire du mycosis. Toutefois, l'un de nous (Leredde) connaît un cas de mycosis fongoïde franchement pigmentaire dont il publiera bientôt l'examen histologique.

Malgré les anomalies signalées, le diagnostic de mycosis se trouve confirmé par cet examen, et les conclusions que nous avons formulées lors de notre présentation sont justifiées.

Quant à l'hypothèse de syphilides concomitantes formulée par M. Fournier, elle nous paraît inacceptable, car l'histoire du malade a bien établi que toutes ces altérations si multiples et étranges de la surface cutanée étaient de même nature.

Ce fait constitue une variété de plus à distinguer dans les mycosis ; nous ferons remarquer à cet égard que cette maladie est une des plus polymorphes et que, dans chacun des faits déjà nombreux que nous avons présentés à la Société, nous avons eu chaque fois à signaler des particularités nouvelles.

M. Laffitte. — La lésion était constituée par un réseau et des cellules ; le réseau était à la vérité plus épais que dans les cas classiques de mycosis, mais il ne s'agissait pas de lésion sarcomateuse ni de lésion syphilitique.

M. Leredde. — Certainement, d'après ce fait et quelques autres que j'ai observés récemment, les lésions du mycosis sont plus variables que je ne l'avais cru autrefois, et que ne l'indique Unna lui-même.

A un point de vue pratique, j'émettrais aujourd'hui les propositions suivantes :

On peut dans de nombreux cas affirmer histologiquement le mycosis, en particulier dans certains faits où nous ne savons pas le reconnaître cliniquement.

Chez des malades dont le diagnostic clinique est incertain, le diagnostic de mycosis peut être fait, grâce à l'examen histologique, même s'il existe des anomalies de structure, l'étude microscopique permettant d'éliminer des maladies qui peuvent être confondues avec le mycosis dans tel ou tel cas particulier.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Archiviste : M. Wickham.
Membres titulaires : MM. Faivre et Charmeil.
Membres correspondants : MM. Troisfontaines, Nikolski, Lindstrem et Castrillon.

Le Secrétaire,

L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 10 mars 1897.

Lichen ruber plan.

M. Kohn présente un cas de lichen ruber plan. Il y a 13 ans et 5 ans, première et seconde éruptions qui guérirent par l'arsenic; actuellement il existe une récidive sur la muqueuse buccale et dans la région de l'articulation du genou.

Pemphigus contagieux.

M. Kaposi présente un enfant atteint d'une maladie que l'on pourrait regarder comme du pemphigus contagieux. La mère lui a amené il y a un mois un enfant âgé de 10 jours, né à terme, toutefois dans un état de marasme très accentué; son corps était recouvert de bulles typiques de pemphigus vulgaire et foliacé, relativement cachectique. L'enfant mourut trois jours plus tard.

Peu après un autre enfant, de 2 ans et demi, de la même mère présenta, sur la face dorsale de la main droite, un disque rouge, consécutif à une bulle. Il survint ensuite de nouvelles poussées, sur les fesses et sur l'hypocondre du côté droit, des disques de même nature et des bulles; sur la joue droite et sur la cuisse gauche d'autres foyers plus étendus épidermisés.

En même temps un enfant de 14 mois de la même femme contracta une affection identique.

Les médecins d'enfants admettent l'existence d'un pemphigus contagieux des nouveau-nés, que d'autres auteurs regardent comme de la varicelle, de l'impétigo ou des échaudures (Verbrübung). On observe aussi de l'herpès tonsurant avec de grosses bulles, mais dans ces cas il n'y a pas un développement périphérique irrégulier, mais une formation de bulles à la périphérie.

L'orateur n'a jamais vu une affection semblable; s'il existe un pemphigus contagieux, ce cas en est un. Dans un cas semblable on a trouvé une seule fois du mycélium. Demme a vu un coccus dans des bulles de pemphigus.

M. Schiff regarde ces cas comme des formes un peu anormales de l'herpès tonsurant.

M. Lang pense qu'il faudrait chercher s'il n'existe pas de parasites. Il a, dans un cas semblable, trouvé le même champignon que dans la dermatomycose circinée. On connaît un grand nombre de cas dans lesquels l'impétigo contagieux est caractérisé par des bulles au lieu de vésicules.

M. Neumann a vu des cas semblables, mais ils sont rares. Dans l'impétigo contagieux, il ne se produit pas de bulles disposées en rangées avec régression complète au centre de l'efflorescence ; il n'en est ainsi que dans l'herpès tonsurant.

Lichen ruber.

M. Kaposi présente un homme âgé de 35 ans, malade depuis 10 semaines ; sur la poitrine plaque rouge qui s'étendit rapidement, en même temps sensation de tension, frissons, desquamation. Actuellement on a le tableau d'un pityriasis rubra pilaire, qu'on regarde généralement comme un lichen ruber acuminé.

M. Lang présente un malade de 19 ans entré à l'hôpital pour une sclérose exulcérée du sillon coronaire et du frein et une lymphadénite inguinale strumeuse suppurée. En même temps, lichen ruber plan du pénis et d'autres régions.

Syphilis maligne précoce.

M. Popper présente une malade du service de Lang qu'il a déjà montrée à la Société au mois d'avril 1896. Cette malade, traitée en octobre 1895 par 35 frictions pour une syphilis récente, avait alors des ulcérations gommeuses et des nodosités sur le cuir chevelu et des ulcères sur le bord de l'aile du nerf du côté droit ainsi que sur la cloison nasale. Amélioration très rapide au début sous l'influence de la décoction de salsepareille ; bientôt survinrent de nouvelles poussées de nodosités et d'infiltrats dont bon nombre s'ulcérèrent. L'iodol et de hautes doses d'iodure de potassium ne donnèrent aucun résultat, mais des phénomènes d'iodisme. Il en fut de même d'un traitement mercuriel commencé après un long intervalle, infiltrats et ulcères sans aucune tendance à la guérison, il se produisit au contraire de nouvelles poussées. Traitement indifférent (emplâtre de plomb, etc.), alimentation reconstituante ; malgré la gravité des accidents la malade restait bien portante et robuste. Malgré le bon état général pas de tendance à la régression, toujours de nouvelles poussées sous forme d'infiltrats papulo-crustacés, voire même ulcérés. Seul l'emploi de l'iodothyrine associée aux pilules grises détermina une amélioration frappante et après un certain temps la guérison complète.

Du 1er décembre 1896 au 4 janvier 1897, la malade prit 44 grammes d'iodothyrine. On suspendit alors le traitement pendant 10 jours en raison d'une maladie fébrile. On continua à partir de ce moment l'emploi de l'iodothyrine jusqu'au 8 mars, 101 grammes, en tout 145 grammes, plus 108 pilules grises. Pendant la première période de traitement la malade n'avait perdu en poids que 30 décagrammes, pendant la seconde 7 kilogrammes et demi.

Actuellement, après presque un an, tous les symptômes ont disparu et on peut regarder la malade comme guérie.

Syphilide en corymbe.

M. Kaposi présente une femme de 58 ans, atteinte d'une syphilide en

corymbe sur le coude gauche, ainsi que sur les 3e et 4e côtes. Les cicatrices seront semblables à celles qui succèdent à un herpès zoster de cette région.

Favus.

M. Neumann présente un garçon de 17 ans, atteint de favus. Lang et Nobl l'avaient montré en 1893 à la réunion des naturalistes à Vienne, alors que le favus était généralisé. Actuellement il existe sur le cuir chevelu des godets faviques isolés et confluents, et en outre des points atrophiés. Sur les bras et sur le tronc, scutula plus ou moins caractérisés. La maladie existerait depuis 8 ans.

Actinomycose.

M. Kaposi. — Ce cas concerne une femme atteinte d'actinomycose du bord maxillaire inférieur droit. Nodosités rouges, en partie recouvertes de croûtes, disposées d'une façon irrégulière ; consistance plus ou moins molle. La ponction donna un liquide contenant des actinomyces caractéristiques. Cette malade est dans l'état puerpéral, les seins sont tuméfiés, mais en outre le sein droit serait, dit-on, resté plus volumineux depuis l'avant-dernière grossesse remontant à l'année précédente ; la peau est rouge. Peut-être s'agit-il d'actinomyces du sein. Cette femme n'a jamais vécu à la campagne. Iodure de potassium à hautes doses, localement emplâtre gris.

M. Rille rappelle à cette occasion un autre cas qu'il a observé. Il existait chez une femme de 50 ans, d'ailleurs saine, sur la moitié supérieure du dos ainsi que sur la poitrine, un grand nombre de nodosités et de bourrelets circonscrits, de la dimension d'une pièce de deux francs, rénitents, rouge clair. Sur les épaules et les fesses, foyers fluctuants atteignant le tissu sous-cutané, cependant sans ouverture ni trajets fistuleux. Contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans l'actinomycose, par exemple du maxillaire, on ne constatait pas de corpuscules d'actinomyces dans le contenu, plutôt graisseux et huileux que purulent, des nodosités et on ne trouva de champignons rayonnés qu'après de longues recherches. La guérison ne survint qu'au bout d'un traitement de soixante-sept jours et 348 grammes d'iodure de potassium.

Sclérodermie.

M. Kaposi présente un cas de sclérodermie. A ce propos il rappelle que ces foyers sclérosés circonscrits sont entourés d'une aréole rouge. Cette rougeur précède en général la sclérisation ; dans certains cas, il n'en existe pas plus tard, la coloration devient brune, tandis que le centre prend l'aspect marmoréen.

Épaississement éléphantiasique post-érysipélateux du visage.

M. Kaposi présente une jeune fille de 15 ans, atteinte d'épaississement éléphantiasique de la face, consécutif à des récidives d'érysipèle.

Cette malade est atteinte depuis trois ans d'un érysipèle récidivant, dont l'origine est une conjonctivite pustuleuse qui entretient une inflammation persistante de la muqueuse nasale d'où part l'érysipèle ; les vaisseaux lymphatiques de la peau sont vraisemblablement aussi dilatés et prédisposés à l'inflammation.

Milieu de culture pour les champignons.

M. Finger présente un nouveau terrain de culture pour les champignons, et sur lequel le favus, le microsporon furfur et le trichophyton prospèrent très bien. On prépare ce terrain de culture en faisant macérer pendant plusieurs heures dans 100 grammes d'eau, 5 grammes de poudre de peau de gros bétail, qu'on laisse cuire plusieurs heures et ensuite on fait cuire avec 2 grammes d'agar et on filtre.

M. Rille a fait des recherches sur un terrain de culture analogue, mais à la place de peau animale il emploie de la peau humaine provenant soit de cadavres soit de vivants, dans ce dernier cas résultant de la circoncision du prépuce. Immédiatement après l'opération on la met dans une solution physiologique de chlorure de sodium, pour la préparer ensuite en terrain de culture.

Séance du 24 mars 1897.

Nævus pilaire.

M. Kaposi présente la jeune fille que Freund avait montrée il y a 2 mois à la Société et chez laquelle le traitement par les rayons Röntgen avait déterminé la chute des poils d'un nævus pilaire étendu. Sur les points exposés aux rayons mais non sur tous, il survint après environ 14 jours une inflammation érythémateuse. Selon l'orateur, l'action des rayons X serait, comme dans l'insolation, due à l'influence chimique des rayons ultra-violets qui déterminent une hyperhémie et plus tard une parésie durable des vaisseaux.

Tandis que les rayons du soleil agissent spécialement sur les vaisseaux superficiels, les rayons X exercent de préférence leur action sur les vaisseaux profonds autour des papilles, des poils et des glandes sébacées, par conséquent l'érythème ne se manifeste qu'au bout de quelque temps dans les parties supérieures de la peau. L'orateur supposait que si les vaisseaux reprenaient leur tonicité, les poils repousseraient de nouveau d'une façon normale ; ils sont en effet tous revenus sur la partie postérieure de la tête. Il faut, en outre, noter que, sur le dos depuis la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la crena, la peau n'a jamais été atteinte uniformément par la gangrène, ce qu'on peut attribuer à une altération des substances albumineuses du tissu.

M. Freund fait remarquer que les parties nécrosées ont été éclairées plus longtemps que la nuque. La nécrose existe seulement depuis une semaine. Jusque-là il n'y avait qu'une excoriation tout à fait superficielle mais qui résistait à tout traitement.

M. Neumann. — Dans ces derniers temps on a beaucoup écrit sur l'action nocive des rayons Röntgen. La chute des poils n'est pas constante.

Lymphodermie pernicieuse.

M. Nobl présente une femme atteinte d'une rougeur érythémateuse diffuse à la face, à la nuque, s'étendant jusqu'au-dessus de la poitrine.

La peau est dure, pâteuse ; sur les membres elle est semblable à du satin ; l'épaississement de la peau est surtout marqué à la face. Insomnie par suite d'un violent prurit, état général mauvais. On pourrait penser qu'il s'agit d'un érythème toxique occasionné par des toxines ; mais on ne trouve rien qui puisse le démontrer. Il est donc possible qu'on ait affaire ici à une lymphodermie pernicieuse (Kaposi) qui détermine tout d'abord de la rougeur, ensuite une infiltration de la peau, plus tard l'hyperplasie de l'appareil lymphatique. Chez cette malade, il y a une hyperplasie, surtout des ganglions inguinaux et cubitaux.

Névrite syphilitique multiple.

M. Grosz présente une malade du service de Mracek. Sclérose et exanthème consécutif l'année précédente.

Au mois de février de cette année, derechef plaques muqueuses dans la région ano-génitale et roséole sur le tronc. En outre insensibilité des quatrième et cinquième doigts de la main gauche et vives douleurs. Motilité conservée, pas d'atrophie musculaire ; par contre, absence de sensibilité, de plus douleur à la pression dans la région du cubital, ainsi que douleurs spontanées nocturnes. Réflexes normaux. Huit jours plus tard les mêmes troubles de sensibilité survinrent du côté droit, hyperesthésie dans la région du bras. L'examen électrique montra une insensibilité complète au courant faradique dans l'adducteur du pouce et les muscles profonds de la main ; pour le courant galvanique, réaction de dégénérescence. Dans la région du péroné droit, anesthésie complète, le nerf est sensible à la pression. Il s'agit donc d'une névrite multiple d'origine syphilitique, toute autre infection devant être écartée. Les douleurs nocturnes et l'amélioration sous l'influence d'un traitement mercuriel viennent à l'appui de cette manière de voir.

M. Ehrmann a observé une série de névrites semblables. Dans un cas il y avait en outre une paralysie progressive avec symptômes tabétiques ; dans d'autres une pachyméningite syphilitique. Charcot a appelé l'attention sur ces formes de névrite ascendante.

Atrophie idiopathique de la peau.

M. Kaposi. — Cette affection survient d'ordinaire chez les adultes d'un certain âge, sur un membre inférieur ou sur les deux, rarement sur les membres supérieurs et à la face. L'atrophie de la peau se développe graduellement accompagnée de téléangiectasies. Finalement la peau est ridée d'une façon typique, comme du papier à cigarettes froissé.

Dans le cas actuel, la maladie a eu une marche rapide ; le début remonte au mois de juin de l'année dernière ; fin novembre le processus avait envahi toute la peau. L'atrophie du tégument externe s'accompagne d'un

engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires, axillaires et pectoraux, de prurit, d'insomnie, d'amaigrissement (17 kilogr.). La sensibilité est normale. En tenant compte de leur période aiguë de développement, il serait préférable de désigner ce cas et les cas semblables sous le nom de *dermatite atrophiante.*

M. Neumann. — Les rares cas qu'on a observés jusqu'à présent ne concordent pas sous tous les rapports. Ce qui est commun à tous, c'est le quadrillage de la peau ; l'état ridé semblable à du papier à cigarettes froissé ; les squames, adhérentes au centre, détachées à la périphérie ; les points atrophiés anciens sont blancs, les plus récents rouge foncé.

Lupus vulgaire ancien.

M. Neumann présente un malade âgé de 49 ans avec un lupus vulgaire de la face (ce malade a déjà été traité pour la même affection il y a quarante ans à la clinique de Hebra), et un malade âgé de 23 ans, atteint de lupus vulgaire du nez, de la lèvre supérieure et de la muqueuse buccale.

Syphilide papuleuse en groupes.

M. Neumann présente un négociant de 26 ans avec une syphilide papuleuse en groupes. La maladie remonte à un an et demi. Jusqu'à présent il a été fait plus de 170 frictions. Alopécie en aires étendue du cuir chevelu.

Psoriasis.

M. Neumann présente trois cas de psoriasis vulgaire : le premier malade (25 ans) a été traité avec 22 injections de solution de Fowler et le goudron ; peu après son départ il survint une récidive, actuellement assez généralisée.

Chez le second malade l'affection existait surtout à la face.

Le troisième, un boucher de 24 ans, est atteint depuis deux ans de psoriasis ; il en est de même de son père, de son frère et de sa sœur. Chez ce malade, psoriasis nummulaire sur le tronc et les membres, larges plaques sur le coude. Après trois applications d'une pommade au pyrogallol à 10 pour 100 les efflorescences disparurent en laissant des pigmentations brunes, il survint toutefois une dermatite généralisée et une légère albuminurie.

A propos du travail récent de Kuznitzky, l'orateur renvoie aux malades qu'il vient de présenter, tous sont robustes, bien portants et nullement nerveux. On ne saurait contester qu'un psoriasique ne puisse contracter les maladies internes les plus différentes. Selon lui, les arthropathies ne sont pas caractéristiques. Le psoriasis ne survient pas sur les muqueuses, tout au plus sur la partie rouge des lèvres. Histologiquement, l'hyperhémie est certainement le symptôme primaire, comme cela ressort du mémoire de Kuznitzky. On n'a pas pu jusqu'à présent démontrer l'existence d'un processus angio-éréthique, il en est de même pour les maladies de la moelle épinière et il faut chercher d'autres éléments pour élucider la nature du psoriasis.

Syphilis maligne.

M. Rille présente une prostituée de 22 ans, atteinte depuis 7 ans de syphilis maligne qui récidive continuellement. Affection primaire en 1890; à cette époque 10 injections d'huile grise, dans le service de Lang; de septembre 1891 à avril 1892, dans l'hôpital de Wieden, 49 frictions, 45 bains de sublimé, 200 grammes d'iodure de potassium et décoction de Zittmann. Peu de temps après, à la clinique de Neumann, 12 injections de sozojodolate de mercure, 4 bains de sublimé. Il existait alors des gommes ulcérées multiples sur le tronc et les membres, en outre un ulcère sur le mollet gauche, presque de la largeur de la paume de la main et pénétrant jusqu'au muscle. Cet ulcère fut guéri après plusieurs mois de durée par l'extirpation totale et la greffe de Thiersch, pratiquées par le professeur Lang. Actuellement il existe sur le dos du pied et les jambes des gommes ulcérées ; syphilis du nez avec destruction de la cloison.

Sycosis parasitaire du dos de la main.

M. Kaposi présente en outre un cocher atteint de sycosis parasitaire de la face dorsale de la main. Il a vu plusieurs cas semblables chez des cochers de fiacre et des laveurs de voiture. Il s'agit toujours de dermatite avec prolifération papillaire aiguë sur la main. Cette dermatite est très rebelle au traitement par les caustiques; elle ne se modifie que par le raclage avec la curette. Histologiquement, c'est un degré préliminaire du carcinome.

Mais il s'agit d'un herpès tonsurant avec folliculite aiguë, sycosis parasitaire. Au début on ne pouvait pas trouver de champignons dans la sécrétion, ce ne sont que des recherches très attentives qui permirent de les reconnaître et de les cultiver.

M. Ullmann a vu un cas semblable. Cette affection survient aussi à la paume de la main. Dans cette région elle ressemble à un eczéma, persiste pendant des mois, sans amener de suppuration. Ce qui confirme la théorie que, pour la configuration de la trichophytie, il faut tenir plus de compte du point où elle se localise que de la virulence des champignons.

La difficulté de cultiver ces champignons tient à ce qu'ils perdent leur virulence dans les couches profondes de la peau.

M. Lang a trouvé, chez un homme velu, un sycosis parasitaire de ce genre sur la face antérieure de la jambe; malgré des recherches attentives on ne trouva pas de champignons. L'orateur pense que, particulièrement dans les formes aiguës, accompagnées de suppuration, les champignons disparaissent plus rapidement.

M. Rille cite un cas analogue de la clinique de Neumann. Il s'agit d'un malade, pas d'un cocher, qui présentait sur la face dorsale de la main gauche un infiltrat de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, avec éruption pustuleuse et surface trouée en forme de crible. Malgré la recherche négative des champignons l'orateur resta convaincu qu'on avait affaire à un herpès tonsurant. Ces cas sont identiques à ceux décrits par Leloir sous le nom de *périfolliculites suppurées et conglomérées en placards.*

Séance du 5 mai 1897.

Cicatrices sur le cuir chevelu.

M. Neumann présente un garçon de 5 ans ayant, sur le cuir chevelu et à la face, des cicatrices d'un caractère particulier existant depuis sa naissance. Sur le vertex, cicatrice arrondie de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, au centre dure et inégale, avec quelques rares cheveux groupés en bouquets ; les parties les plus périphériques paraissent comme vermoulues et sont le siège de follicules sébacés dilatés, remplis de comédons noirâtres. Cette cicatrice a une certaine ressemblance avec la dermatite papillaire du cuir chevelu. Une autre cicatrice plus petite sur la joue. La cause serait, selon l'orateur, dans des adhérences de la peau avec l'amnios pendant la vie intra-utérine qui se sont rompues avec violence dans l'accouchement et ont eu pour conséquence des pertes de substance et des cicatrices.

Résidu de scléroses consécutives à la circoncision rituelle

M. Lang présente un enfant de 11 mois, de Kolomea, qui a un résidu évident de scléroses d'un reste de prépuce ; sclérose des cordons lymphatiques ; plaques sur les amygdales, restes de pigment de la dimension de lentilles consécutifs à l'exanthème sur le tronc ; engorgement des ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux. Il faut rapporter la cause de ces accidents à la circoncision rituelle. La mère raconte que la cicatrice s'indura après la section, et plus tard il survint de l'engorgement ganglionnaire et une éruption sur tout le corps. Il y aurait, au dire de la mère, dans la même localité deux cents enfants infectés par le même opérateur.

Il présente ensuite un autre enfant du même âge et du même pays ayant une affection presque semblable, sauf que le cordon lymphatique est encore perceptible au toucher.

Il a déjà présenté il y a quelque temps un enfant âgé de 7 mois qui avait contracté par la circoncision une syphilis grave. Dans ce cas aussi les tumeurs ganglionnaires énormes, en partie ramollies, prédominaient. Chez cet enfant il survint plus tard une perforation du palais et dans les dernières semaines de sa vie une fistule vésicale dans le pli inguinal gauche. Il est évident que la suppuration du tissu paraganglionnaire se continuait dans la cavité du bassin et traversait la vessie, de sorte que l'urine s'écoulait dans le pli inguinal gauche par une ouverture fistuleuse ancienne. Il ne paraît pas probable que cette perforation soit le résultat d'un processus gommeux de la vessie.

Blennorrhagie uréthrale et syphilis chez un jeune enfant.

M. Lang présente un petit garçon de 5 ans 1/2, atteint de blennorrhagie uréthrale, tuméfaction des restes du prépuce et de la peau du pénis et tuméfaction inflammatoire des ganglions inguinaux du côté droit, gonocoques dans la sécrétion. Cet enfant a contracté sa blennorrhagie d'une fille de 14 ans qui, après l'avoir masturbé, introduisit plusieurs fois son membre viril dans le vagin.

Il présente ensuite trois petites filles de 6, 8 et 11 ans, qui ont subi tout récemment et en partie le subissent encore un traitement pour des blennorrhagies de la vulve et du vagin. Chez l'une il y a également une bartholinite, gonocoques chez toutes les trois.

Enfin un garçon de 11 ans, Hongrois, qui avait à la pointe de la langue un infiltrat exulcéré. Il était en outre atteint de mouvements choréiques de la face, procédant sans doute du souvenir de pratiques dégoûtantes sur une femme âgée.

Lupus traité par l'extirpation et la greffe de Thiersch.

M. Lang présente un jeune homme de 17 ans avec un lupus de la face dorsale du pied droit et de la face dorsale de la main gauche, traité par l'extirpation et la greffe de Thiersch. Le résultat a été excellent.

L'orateur présente ensuite une femme de 36 ans qu'il a opérée il y a un an et demi d'un lupus de la face et du nez et chez laquelle il se produit actuellement une récidive. Parmi les cinquante cas de lupus qu'il a opérés, il en a pu suivre vingt-cinq jusqu'à présent. De ces derniers dix-huit sont restés indemnes de récidive pendant un laps de temps variant de six mois à quatre ans et demi. Si l'on ajoute le cas d'un médecin opéré il y a deux ans et qui est tout à fait guéri, on a un total de dix-neuf cas. Il y a par contre six cas où des récidives sont survenues et un douteux. Si d'autre part on tient compte que, dans certaines localisations, le succès de l'opération est d'avance incertain, comme dans le lupus du nez, et si l'on élague encore le cas actuel et un autre cas de lupus du nez, les résultats du traitement chirurgical sont particulièrement satisfaisants.

Sclérodermie.

M. Spiegler présente une femme de 38 ans, atteinte de sclérodermie circonscrite à la période de transformation en atrophie. Le foyer morbide, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, se trouve sur l'arcade zygomatique.

M. Ehrmann traite en ce moment un malade qui a quinze ou seize foyers semblables à différentes phases d'évolution. L'aréole rouge à la périphérie et la pigmentation qui survient quelque temps après au centre sont caractéristiques.

Tuberculose de la peau.

M. Ulmann présente plusieurs malades atteints de tuberculose de la peau, presque chez tous par auto-inoculation. Deux malades avec tuberculose pulmonaire avancée, chez lesquels l'affection de la peau a été certainement déterminée par des crachats contenant des bacilles. Chez le premier, il existe un tubercule anatomique typique sur le dos du petit doigt.

Le deuxième malade, également un phtisique avancé, a une plaque initiale analogue, mais moins cornée, ressemblant plutôt à un lupus vulgaire, située sur la face dorsale de la phalangette de l'index. Il y a six mois il n'y avait que cette plaque, depuis lors sont survenues plusieurs

nodosités : une dans le pli interdigital, entre le pouce et l'index et douze sur la face dorsale de l'avant-bras. Ces nodosités sont disposées en rangées, pas de ganglions tuméfiés, mais épaississements nodulaires des parois des vaisseaux lymphatiques. Cette forme, très rare, de lymphangite ou de périlymphangite tuberculeuse, a été décrite par Leloir en 1889.

L'orateur montre ensuite quelques photographies de malades, tous atteints de phtisie pulmonaire avancée, qui ont des lésions tuberculeuses de la peau de la face produites par auto-infection.

M. Ehrmann dit à ce propos que les abcès de la peau peuvent être le point de départ d'une variété de lupus qu'on désigne sous le nom de lupus papillaire, bien que, anatomiquement et cliniquement, ce soit un autre processus ; il s'agit dans ces cas de la propagation du processus fongueux de l'intérieur à la peau ; dans la plupart des cas il ne saurait être question d'auto-infection. Ehrmann a observé un cas chez Weinlechner où sur la cicatrice d'une gaine tendineuse enflammée et tuberculeuse qu'on avait opérée il se produisit un nombre considérable d'excroissances papillaires, et il a aujourd'hui ouvert un abcès froid sur le dos de la main où un lupus papillaire s'était développé.

M. Lang confirme l'observation d'Ullmann ; il survient dans ces cas différentes formes de lupus. Il se rappelle que Volkmann, à une époque où on ne connaissait pas les bacilles tuberculeux et où on n'avait d'autres points de repère que les recherches cliniques, s'appuyant sur ses études anatomiques, chercha des données cliniques et cita des observations où la peau était devenue lupique au-dessus des ganglions scrofuleux.

M. Ulmann est d'avis qu'Ehrmann n'a vu se développer que d'autres formes isolées qui n'excluent nullement la variété de lupus qu'il vient de décrire. L'orateur voudrait dans le cas actuel démontrer que l'origine du lupus dans lequel on ne trouve pas de bacilles tuberculeux, provient de crachats contenant des bacilles de la tuberculose. On n'aperçoit pas encore de granulations, comme Ehrmann le dit, mais elles se développeront peut-être plus tard.

Sarcome de la peau.

M. Spiegler présente un homme de 55 ans, atteint de sarcomes de la région trochantérienne de la cuisse droite. Il s'agit dans ce cas d'une sarcomatose cutanée, non dans le sens ordinaire de maladie lymphatique de la peau, mais de sarcomes vrais de la peau tels qu'on les observe dans d'autres organes et qu'il faut séparer des tumeurs sarcoïdes, tels que le mycosis fongoïde. Au point de vue histologique il s'agit de sarcome à cellules rondes et en partie fusiformes.

M. Kreibich a, chez ce malade, injecté, à titre d'essai, des cultures stérilisées de streptocoques ; chaque fois il y a eu élévation de la température, mais pas de fonte appréciable de la tumeur.

M. Spiegler présente encore un malade atteint de **sarcomes pigmentaires idiopathiques multiples** (Kaposi). Cette variété de sarcome se distingue comme on le sait de la précédente, en ce que l'affection peut régresser, de sorte qu'on ne trouve des parties atrophiées de la peau que

dans les points où la maladie existait auparavant, et en ce que dans la variété décrite ci-dessus, les organes internes peuvent aussi être envahis ce qui n'arrive qu'exceptionnellement dans cette forme. Histologiquement, il n'y a qu'une légère différence d'avec le sarcome vrai, la différence se base plutôt sur la clinique.

Gommes cutanées.

M. Rille présente un terrassier de 43 ans, de la clinique de Neumann, atteint de gommes cutanées du nez, de la lèvre supérieure, de la partie du front avoisinant les cheveux, du cuir chevelu. Presque toute la surface du dos est recouverte de cicatrices confluentes plus ou moins volumineuses. Le malade ne sait rien du début de l'infection et ne donne aucune indication sur les symptômes antérieurs. Cependant la syphilis du dos existe depuis deux ans et l'affection à la face remonte à un an. Il a eu dix enfants dont six sont morts peu de temps après leur naissance.

Séance du 19 mai 1897.

Sclérodermie en plaques.

M. Ehrmann présente un cas de sclérodermie en plaques. Dans les premières périodes il existe une décoloration blanchâtre consécutive à une hyperhémie passagère, parfois aussi des pomphi. Bon nombre de foyers sont entourés d'une aréole hyperhémique. Dans les périodes ultérieures il survient des modifications de texture et une résistance plus grande, celle-ci peut aussi faire défaut. Quelques foyers sont pigmentés au centre, à la périphérie l'hyperhémie persiste.

M. Kaposi trouve étrange que, parmi de si nombreux foyers, aucun ne présente une résistance spéciale; la coloration lardacée suffit du reste pour établir le diagnostic.

Il a vu dernièrement une sclérodermie ayant envahi l'abdomen tout entier et le creux épigastrique chez un homme de 75 ans. A un âge aussi avancé cette affection est rare, surtout chez un homme.

Lupus papillaire.

M. Ehrmann présente un cas de lupus papillaire développé en connexion avec une inflammation fongueuse de la gaine tendineuse du dos de la main, traitée par incision et l'énucléation avec la curette.

M. Kaposi ne croit pas à une propagation du processus fongueux sur la peau, il est plutôt d'avis que le lupus avait déjà existé auparavant et que la maladie a envahi les tendons. Ce fait n'est pas rare.

M. Lang a vu au contraire souvent que, le processus partant de foyers profonds, surtout des ganglions lymphatiques, envahir la peau.

M. Neumann a, notamment chez des enfants, vu apparaître des granulations lupiques à la périphérie des cicatrices, après des maladies des ganglions lymphatiques et le scrofuloderme. On en a déduit autrefois une corrélation entre le lupus et la tuberculose.

Cicatrices de gommes.

M. Neumann présente une paysanne de 50 ans avec vastes cicatrices gommeuses sur la poitrine et le dos.

A cette occasion l'orateur fait remarquer que, dans la syphilis dite épidémique en Bulgarie, Roumanie, Serbie, Bosnie (il a eu récemment l'occasion de l'observer), on rencontre principalement des lésions tertiaires de la peau, qui souvent envahissent de grandes surfaces et peuvent même transformer tout le tégument externe en un tissu de cicatrice. L'infection est le plus ordinairement extra-génitale et résulte de la vie en commun de nombreuses personnes dans les habitations étroites, etc...

Dermatite papillaire de la nuque.

M. Neumann présente un cas de dermatite papillaire du cuir chevelu à la limite des cheveux et de la nuque, avec sycosis simultané de la lèvre supérieure et érysipèle chronique de la face.

M. Ullmann a réuni 6 cas semblables, mais sans sycosis de la lèvre supérieure. Il pense que, dans cette affection spéciale de la nuque, il s'agit d'une infection par une espèce spécifique de bactéries. Dans ses recherches il n'a jamais trouvé que le staphylocoque doré et blanc, rarement des streptocoques. Jusqu'à présent on n'a pas établi d'une manière positive quelle est la cause primaire de l'induration.

M. Schiff est d'avis qu'il faudrait prouver que l'inoculation à la nuque produit toujours une induration.

M. Neumann n'est pas convaincu de la nature parasitaire de cette affection, on a parfois observé des proliférations papillaires de ce genre à la suite de traumatisme. On y trouve de vrais bouquets de poils qui sortent d'une ouverture. Il n'est pas démontré que les staphylocoques soient les agents de l'affection. On en trouve partout.

M. Spiegler pense qu'on n'aurait la preuve que si on réussissait à provoquer ces lésions par des bactéries. Il rappelle que, il y a 3 ans, il a trouvé des bâtonnets spéciaux de 3 à 4 μ de longueur, sans qu'il lui ait été possible de les désigner comme les agents spécifiques de la maladie.

M. Ullmann n'a pas pu trouver les bâtonnets observés par Spiegler et désignés sous le nom de cladotrichies. Il répond à Neumann et insiste sur ce point qu'il a rencontré les staphylocoques à une profondeur notable dans les tissus. Il n'a pas fait les inoculations proposées par Schiff. Seulement une fois il provoqua, dans le voisinage immédiat du foyer, des pustules qui toutes s'indurèrent au bout de 3 semaines.

M. Kaposi voudrait, contrairement à Ullmann, insister sur ce fait que dans l'affection qu'il a décrite sous le nom de *dermatite papillaire du cuir chevelu,* la suppuration n'est pas fatale, mais tout à fait accidentelle. Il s'agit principalement d'une transformation précoce de l'infiltrat enflammé en tissu conjonctif sclérosé. Les cheveux sont comprimés mécaniquement par le tissu conjonctif et forment des bouquets. L'orateur admet également des agents morbides spécifiques, mais ne croit pas que ce soient les cocci pyogènes ordinaires.

M. Ullmann convient que les causes de l'induration sont encore inconnues. Il a toutefois aussi trouvé des staphylocoques dans les papules qui, macroscopiquement, n'étaient pas le siège de suppuration.

Lupus traité par le curettage.

M. Rille montre le malade déjà présenté le 24 mars, atteint depuis 35 ans d'un vaste lupus vulgaire de la face et du cou. Il a pratiqué en une seule fois l'énucléation du lupus, et aux paupières seules on enleva un peu plus tard les petits foyers avec la curette, pour éviter l'ectropion. Toutes les plaies se sont cicatrisées; dans la plupart des régions les cicatrices sont lisses, molles et élastiques ; seulement à gauche où la plaie était très étendue la cicatrice est un peu dure. Selon l'auteur il est incontestable que l'énucléation est une des meilleures méthodes de traitement du lupus et en tout cas préférable à la cautérisation par le Paquelin. Les résultats si remarquables, sous le rapport cosmétique, du traitement de Hebra par le crayon de nitrate d'argent proviennent en première ligne de l'enlèvement mécanique des parties lupiques. Mais la valeur d'une méthode ne peut se juger que par l'absence de récidives. Sur environ 15 cas ainsi traités par Rille dans les deux dernières années, il n'est pas jusqu'à présent survenu de récidives.

M. Lang pense qu'il serait avantageux d'étudier attentivement les différentes méthodes de traitement du lupus, attendu qu'il est impossible d'appliquer l'excision radicale dans tous les cas. Toutefois il ne faut pas se borner à constater que les malades n'ont pas eu de récidives, mais il importe de chercher toujours à les observer pour pouvoir apprécier exactement la valeur des différentes méthodes.

Séance du 2 juin 1897.

Kératome diffus congénital.

M. H. v. Hebra montre un cadavre d'enfant avec kératome diffus. Beaucoup d'auteurs, ainsi que F. Hebra, ont regardé cette affection comme une *incrustation séborrhéique*. Il pourrait être question d'une kératinisation intense de l'épiderme se produisant au quatrième mois de la vie embryonnaire. L'épiderme n'a plus son élasticité normale, il se déchire dans un grand nombre de points, que plus tard l'épiderme recouvre de nouveau ; cependant on voit le quadrillage qu'il occasionne ; les sillons profonds sont dépourvus de poils. Il ne s'agit pas de séborrhée, attendu que les glandes sébacées n'existent pas à l'époque où commence la maladie. H. v. Hebra a vu un cas semblable il y a 15 ans dans le service de Monti. Un épiderme tout à fait normal se produisit de nouveau sous l'influence d'applications d'un mélange d'huile de lin et d'eau de chaux. L'enfant présenté ici était d'ailleurs dans un mauvais état de santé et ne pouvait pas vivre.

M. Kaposi dit que des cas semblables sont souvent accompagnés d'arrêts de développement de différentes espèces. Il y a certainement des états intermédiaires entre cette maladie et l'ichtyose sébacée.

M. Lang a vu cette affection à Innbruck chez un frère et une sœur.

Hémorrhagies cutanées multiples.

M. Kaposi présente une malade de 34 ans, atteinte depuis 3 ans et demi d'hémorrhagies multiples. Plaques hémorrhagiques de la dimension d'une piqûre de puce à celle d'une pièce de 50 centimes ; les gencives ne sont pas affectées d'une manière uniforme. Pas de rhumatisme, bruits du cœur normaux. Le purpura généralisé, qui dure si longtemps, est rare.

Deux cas de lupus traités par les rayons X.

M. Schiff : Le premier cas concerne une fille de 14 ans, qui depuis l'âge de trois ans est atteinte d'un lupus de la peau de l'avant-bras gauche. On a exposé chaque jour pendant deux heures, la région lupique à l'éclairage par les rayons cathodes. La malade était placée de telle façon que la plupart des rayons frappaient les foyers lupiques à une distance de 15 à 20 centimètres. Le dixième jour apparut la première réaction. La partie exposée devint rouge, tuméfaction pâteuse dans le voisinage des infiltrats lupiques ; au-dessous des croûtes, sécrétion abondante. En même temps tous les poils lanugineux tombèrent. Les jours suivants, les croûtes se détachèrent spontanément, les parties lupiques formaient des surfaces ulcérées plates, nettement circonscrites, un peu torpides, entourées d'une aréole rosée. Les ulcères se détergèrent sans intervention thérapeutique quelconque, leur base était recouverte de granulations rouge vif, avec quelques verrucosités grisâtres, opaques, du volume d'une tête d'épingle. Au dix-neuvième jour, on interrompit l'éclairage.

Les jours suivants ces productions verruqueuses tombèrent et à leur place on vit de petites pertes de substance, très circonscrites, arrondies, de 1 à 2 millimètres de profondeur, dont les bords étaient taillés à pic. De même que les ulcères lupiques, les granulations lupiques discrètes disséminées dans la peau cicatricielle de l'avant-bras présentaient une aréole rouge rose. Les granulations devinrent turgescentes et on pouvait constater la présence de granulations dans les points où auparavant on ne les remarquait pas. Les jours suivants toutes les aréoles confluèrent et l'épiderme de tout l'avant-bras et de la main se détacha comme une bulle dans la sphère des parties éclairées. Par le contact et le lavage de la peau ainsi modifiée, les granulations se détachèrent spontanément et à leur place il resta des pertes de substance, comme il a été dit ci-dessus. Au bout de quelques jours non seulement la peau lupique mais aussi la partie cicatricielle présentaient l'aspect d'une vaste plaie en voie de granulation.

A ce moment la réaction avait atteint son maximun et le processus d'épidermisation commença progressivement, au début tout à fait normal, mais plus tard très lentement, de telle sorte qu'au bout de 2 mois et demi, dans les points non lupiques, il n'est pas terminé. Actuellement les ulcères lupiques et les infiltrats de l'avant-bras sont recouverts de cicatrices lisses. Sur le côté de l'avant-bras, *où les rayons Röntgen* arrêtés par l'os *ne sont pas arrivés*, l'infiltrat lupique ulcéré persiste tel qu'il était.

Dans le second cas il s'agissait d'un large infiltrat, dans la région laryngienne, composé de nombreuses papules de lupus. Paquet ganglionnaire sous-mentonnier du volume d'une noix. On interrompit l'éclairage après

les premiers symptômes de réaction qui se traduisirent en premier lieu sur le bord le plus antérieur par une aréole rouge rose d'un centimètre de largeur. La réaction continua pendant encore plusieurs semaines après l'interruption du traitement. La tumeur ganglionnaire disparut un peu, mais depuis elle a de nouveau augmenté.

Comme avec l'emploi de l'acide pyrogallique, l'inflammation est plus précoce et plus frappante dans les nodosités très vascularisées que dans les parties voisines plus pauvres en vaisseaux ; on peut expliquer la chute des nodosités par ce fait que les troubles de circulation déterminent la nécrose des nodosités lupiques, d'où résulte la chute du tissu nécrosé.

En résumé, selon Schiff, il se produit une réaction inflammatoire généralisée absolue, une réaction spécifique du tissu lupique sous l'influence des rayons Röntgen, attendu que l'éclairage rend visibles des nodosités lupiques non apparentes ; les rayons Röntgen déterminent dans ces cas le ramollissement et la chute des nodosités lupiques. Il y a diminution immédiate de volume des ganglions infiltrés. L'action prolongée des rayons Röntgen paraît transformer des ulcères torpides en granulations de bonne nature.

M. Kaposi admet cette réaction, toutefois il ne saurait la comparer à celle produite par l'acide pyrogallique, mais plutôt à celle qu'on a observée après l'injection de la lymphe de Koch. A. Doyon.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Paris, octobre 1897.

De la botryomycose humaine ; identité de nature de tumeurs d'apparence papillomateuse chez l'homme avec la botryomycose ou champignon de castration du cheval.

MM. Poncet et Dor ont observé plusieurs cas d'une lésion cutanée ayant les caractères objectifs suivants : masse ulcérée, de volume variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix, développée manifestement aux dépens du derme, bourgeonnante, à bourgeons lisses, uniformes, très vasculaires, rattachés aux tissus sous-jacents par un pédicule mince qu'on ne percevait nettement qu'en exerçant une certaine traction sur la tumeur. Trois fois sur quatre, la tumeur occupait les doigts de la main, c'est-à-dire des régions découvertes tout spécialement exposées à l'infection ; une fois elle s'était développée un mois après une piqûre. Dans tous les cas la tumeur était unique. Histologiquement la tumeur est un tissu inflammatoire, à stroma fibreux plus ou moins épais, comme dans des vieux bourgeons charnus et ne ressemble nullement aux affections néoplasiques habituelles.

L'étude bactériologique du dernier cas observé a permis de constater la présence du botryomyces, parasite que l'on trouve chez le cheval, chez quelques bovidés et chez le porc, dans les bourgeons inflammatoires, principalement à la suite de la castration ; le champignon trouvé chez l'homme par les auteurs a pu être cultivé et inoculé à l'âne. G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Chéloïde.

La chéloïde au point de vue pathologique (Consideration of keloid from a pathological standpoint), par Smythe. *Memphis medical Monthly*, octobre 1897, p. 446.

L'auteur confirme la grande fréquence de la chéloïde chez le nègre, il n'a jamais observé une chéloïde chez un blanc ; il cite R. Matas qui dans une statistique comparée sur 1,000 cas de dermatoses, a trouvé trois chéloïdes sur 500 malades noirs et pas une seule sur 500 blancs. Il a surtout observé la chéloïde à la poitrine et au lobule de l'oreille. L'extirpation n'a de chances de succès que dans l'âge mûr, parce qu'à cette époque les chéloïdes tendent à disparaître spontanément. W. D.

Traitement de la chéloïde par la thiosinamine (Treatment of keloid with thiosinamine), par R. G. Newton. *New-York medical Journal*, 20 mars 1897.

I. — Femme de 31 ans. Trois ou quatre mois après des brûlures, la rétraction cicatricielle a rendu impossible l'abduction et l'élévation du bras droit. Les brides cicatricielles sont surtout épaisses et saillantes au-devant de l'aisselle et à la face interne du bras et du coude. L'auteur a fait des injections sous-cutanées de thiosinamine à des intervalles de deux à cinq jours et à la dose d'un centimètre cube d'une solution alcoolique de 10 p. 100. Les injections provoquèrent une douleur très vive mais passagère, et quelques troubles généraux tels que somnolence et vomissements. Après 11 injections l'état général de la malade s'était amélioré; les cicatrices n'avaient pas beaucoup changé d'aspect, mais elles étaient molles et souples au toucher et les mouvements du bras droit avaient à peu près repris toute leur amplitude normale. Quelques mois après, une ulcération survenue sur la partie la plus saillante des cicatrices et due au frottement des vêtements guérit à son tour par quelques injections de thiosinamine.

II. — Homme de 38 ans. Cicatrices vicieuses du cou datant de la première enfance et d'origine inconnue. Depuis lors sont survenues des chéloïdes disséminées en grand nombre, d'origine probablement traumatique, une est consécutive à une ténotomie du sterno-mastoïdien pour guérir un torticolis, une autre est survenue à l'avant-bras consécutivement à un tatouage. Les injections de thiosinamine étaient tellement douloureuses qu'il fallait les faire précéder d'une injection de cocaïne. Après 7 injections de un demi centimètre cube, les chéloïdes avaient un peu diminué de volume et s'étaient considérablement assouplies. W. D.

Chromhidrose.

Un cas supposé de chromhidrose (A suspected case of chromidrosis), par J. T. Smith. *Maryland medical Journal*, 18 septembre 1897, p. 402.

La malade est une jeune femme de trente ans, modérément robuste mais bien portante et sans troubles nerveux d'aucune sorte. Depuis quelque

temps elle remarque des taches rouges sur son linge et sa peau au niveau et au-devant des aisselles, surtout à gauche.

Rien d'anormal dans la peau ou les poils de l'aisselle qui sont lisses et ne présentent notamment aucune concrétion zoogléique; la couleur rouge ne se dissout pas dans l'eau distillée, elle n'est donc pas de l'hémoglobine. La chromhidrose cesse pendant la période menstruelle. W. D.

Dermatomycoses.

Un cas d'actinomycose bucco-faciale guérie, par Duguet. *Presse médicale*, 12 mai 1897, p. 213.

Homme de 34 ans, blanchisseur à Courbevoie, possédant un cheval qu'il soigne lui-même. Au mois de septembre 1895, gêne au niveau de la deuxième petite molaire droite, qui était cariée et creuse depuis longtemps, puis une série d'abcès sous-gingivaux accompagnés de tuméfaction de la joue qui s'ouvrirent dans la bouche, et continuèrent à suppurer ; resserrement des mâchoires, puis tuméfaction avec rougeur vineuse de la peau, occupant la joue droite et descendant jusqu'au menton ; sur cette grande plaque rouge, formant un plastron dur, mal limité, saillies verruqueuses et croûteuses, laissant échapper par la pression des grumeaux de pus mal lié, grisâtre et même sanguinolent, dans lequel on put constater des grains d'actinomyces. Sous l'influence du traitement ioduré porté jusqu'à 5 grammes, puis abaissé à 3 grammes par jour, amélioration très rapide; par la continuation du traitement interne aidé de badigeonnages à la glycérine iodée, guérison complète en moins de six mois. Georges Thibierge.

Actinomycose guérie par le traitement ioduré (Ein Fall von Hautactinomykose, mit grossen Iodkaliumdosen behandelt), par Koserski. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 163.

Ce cas concerne une femme de 45 ans. La maladie est entièrement localisée à la joue gauche ; le tissu y est rouge foncé, cyanosé et fortement infiltré. L'hyperhémie et l'infiltration se perdent peu à peu vers la périphérie dans la direction de la partie supérieure, un peu au-dessus de l'os zygomatique et de l'os mastoïde. La peau est facilement mobile, non adhérente aux os, lisse, brillante, de consistance modérément dure, non douloureuse, recouverte en quelques points de larges squames membraneuses. Les couches superficielles de la peau, dans la partie médiane, forment des bourrelets d'environ 2 à 5 millimètres de largeur s'étendant à peu près vers le milieu de la joue. La sonde pénètre facilement par quelques ouvertures punctiformes dans l'intérieur de la fistule. En haut et en bas, presque jusqu'à la limite des parties malades, on trouve dans les circonvolutions ondulées de plus petites fistules qui communiquent avec celles mentionnées ci-dessus. Par la pression on fait sortir, par de nombreuses ouvertures punctiformes, un pus jaunâtre épais qui remplit les trajets fistuleux et leur donne une coloration gris jaunâtre.

Presque toutes les couronnes dentaires sont détruites. La muqueuse buccale n'est le siège d'aucune altération.

L'absence de douleurs, la consistance épaisse du pus, la régularité relative des fistules sans tendance à se transformer en larges ulcères avec

bords décollés, enfin l'absence de symptômes généraux quelconques permettent de rejeter l'idée d'un scrofuloderme ou de toute autre forme de tuberculose de la peau. La consistance du pus n'était pas, il est vrai, caractéristique de l'actinomycose ; mais on a observé des cas dans lesquels le pus n'était pas séreux comme d'ordinaire, mais épais.

Chez cette malade l'iodure de potassium à doses croissantes (de 4 à 14 grammes par jour pendant 31 jours avec un repos de 5 jours) a donné des résultats remarquables : l'hyperhémie et l'infiltration de la joue disparurent complètement. Les fistules antérieures se cicatrisèrent.

En terminant, l'auteur donne le résultat de ses recherches microscopiques sur le pus des fistules et de ses expériences de culture pure.

Dans l'infection pure avec l'actinomyces sans participation des bactéries pyogènes ordinaires, le pus ne présente pas toujours une consistance ténue. L'immigration des agents pyogènes ordinaires dans les foyers de l'actinomycose n'en détruit pas le parasite ; au contraire ils peuvent provoquer des conditions qui favorisent le développement de l'actinomyces (du moins si la température du corps ne reste pas élevée).

L'examen microscopique à l'aide de méthodes qui ne colorent pas le parasite peut dans certains cas d'actinomycose être insuffisant.

Dans les cas où le diagnostic oscille entre l'actinomycose et la syphilis tardive, on ne saurait faire le diagnostic ex juvantibus, surtout si on a prescrit un traitement par l'iodure de potassium.

En présence du nombre croissant des cas dans lesquels l'iodure de potassium a déterminé une guérison définitive ou une amélioration notable, il serait rationnel, dans chaque cas d'actinomycose, de commencer par ce traitement. A. Doyon.

Éruption favoïde de la muqueuse buccale produite par l'aspergillus nigrescens (A favuslike eruption of the oral mucous membrane caused by the Aspergillus nigrescens), par Jas. M. Winfield. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, janvier 1897, p. 13.

La malade est une femme de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables. La lésion actuelle a débuté depuis quinze jours par une ulcération peu douloureuse de la voûte palatine, qui a graduellement augmenté malgré des traitements variés et notamment un traitement antisyphilitique. Au moment de l'observation, on trouve sur le côté gauche de la voûte palatine une plaque saillante et œdémateuse s'étendant depuis les incisives jusqu'à un quart de pouce du voile du palais. Il y a encore deux petites élevures cupuliformes sur le voile du palais, des deux côtés de la ligne médiane et une petite plaque irrégulière en arrière de l'incisive et de la canine gauches.

Les plaques sont couvertes d'un enduit jaune sale, très adhérent aux tissus œdématiés sous-jacents qui saignent quand on arrache l'enduit. Les parties les plus récentes de l'enduit ont une couleur jaune soufre qui ressemble à celle des godets de favus, mais les parties anciennes sont d'un brun grisâtre. Les plaques sont molles et spongieuses au toucher, les plus grandes sont semées de petits ulcères qui sont peut-être dus aux topiques irritants qui ont été employés.

L'examen microscopique des fragments d'enduit enlevés par raclage

montre un champignon formé d'un mycélium fin enchevêtré avec des spores libres et des fructifications caractéristiques des aspergillus. Les cultures ont montré qu'il s'agissait de *l'Aspergillus nigrescens.*

Malgré l'emploi de divers topiques antiseptiques, la plaque augmente toujours et arrive à couvrir toute la voûte palatine ; elle finit par guérir par des badigeonnages répétés avec de l'eau oxygénée. W. D.

Microsporon du chien à Parme (Di un caso di tigna del Gruby [Sabouraud] [microsporum Audouini, va. canis Bodin-Almy] osservato in Parma, par V. Mibelli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1897, fasc. 4, p. 463.

Enfant de 3 ans, née au Brésil d'où elle a été ramenée ayant sur le cuir chevelu 4 taches, la plus grande mesurant 3 centimètres de long sur 2 centimètres et demi de large, au niveau desquelles les cheveux sont clairsemés, avec de petites plaques arrondies squameuses et légèrement rouges ; entre les cheveux restés normaux, on en trouve qui sont cassés à 4 ou 5 millimètres au-dessus de la peau, ont une couleur gris cendré, sont augmentés de largeur et se cassent quand on cherche à les arracher. Sur la joue gauche et sur le cou près de la nuque, 2 petites plaques érythémateuses sèches, à centre un peu plissé.

Au microscope, les cheveux renferment un parasite présentant les caractères du microsporon Audouini ; cependant, outre la gaine formée par les spores, qui augmente leur volume, ces poils ont une enveloppe plus externe formée de lames cornées et, entre les cellules qui forment cette lame, on trouve des filaments mycéliaux fins, longs et tortueux, cloisonnés de distance en distance et provenant de la couche de spores péripilaires ; en outre, contrairement à la tondante à petites spores, les spores ne forment pas une couche continue à la surface du poil, mais des amas irréguliers entre lesquels le poil semble indemne de tout parasite ; enfin, il est possible de constater la présence de mycélium dans l'intérieur même du poil.

L'étude du parasite constaté dans ce cas et sa détermination ont été faites par M. Bodin (*Annales de Dermatologie*, 1897, p. 1145). G. T.

Ichtyol dans le traitement de la trichophytie (Uso dell'ittiolo nelle tricofizie), par M. de Amicis. *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1897.

L'auteur a employé le sulfo-ichtyolate d'ammoniaque en pommade de 25 à 40 p. 100, dans 3 cas de trichophytie (2 sycosis trichophytiques de la barbe et un kerion Celsi du cuir chevelu) et en a été très satisfait. Il conclut que l'ichtyol a une action antiparasitaire énergique contre la trichophytose, qu'il agit très utilement comme antiphlogistique dans le sycosis parasitaire, qu'il doit être préféré aux autres parasiticides (sublimé, turbith minéral, oléate de cuivre, acide phénique, huile de croton, etc.), particulièrement chez les enfants en raison de son innocuité et parce qu'il est peu irritant. Il doit, d'ailleurs, comme les autres parasiticides, être associé à l'épilation dans le traitement des trichophyties de la barbe et du cuir chevelu. G. T.

Pléomorphisme et pluralité trichophytiques (Pleomorfismo e pluralismo tricofitico), par M. Carruccio. *Clinica dermo-sifilopatica della R. Universita di Roma,* juillet et octobre 1897, p. 77 et 107.

L'auteur a étudié 70 cas de trichophytie, en poursuivant les cultures sur les milieux les plus divers.

Il a étudié le développement des champignons sur des cultures en gouttes pendantes et conclut de ses recherches que les modifications morphologiques d'un même champignon, provenant d'un seul malade, mais cultivé sur des terrains divers, sont plus ou moins notables et parfois assez considérables, au point de vue de la disposition en série des gonidies et de leurs variations de volume; dans certains cas, le champignon peut présenter l'apparence de la formation d'une hyphe, par suite du développement prédominant d'un rameau, mais ce n'est là qu'une apparence. Pour l'auteur, la trichophytie est due à un parasite unique, toujours semblable à lui-même dans ses caractères principaux de morphologie et de développement. Les variétés morphologiques de volume sont dues non au parasite lui-même, mais aux conditions de terrain dans lesquelles il se trouve. Les particularités morphologiques dérivant de la forme des gonidies et de leurs dispositions variables sont des déviations dégénératives, qui se rencontrent dans les cultures expérimentales anciennes et ayant passé sur des terrains de culture non appropriés. G. T.

Éléphantiasis.

L'Éléphantiasis à Ceylan, sa prédominance au voisinage des anciens étangs (Elephantiasis in Ceylan, its prevalence in villages near the swampy ground of old abandoned tanks), par H. Thornhill. *Indian medical Gazette*, octobre 1897, p. 361.

L'éléphantiasis est extrêmement abondant dans certains districts de Ceylan et surtout dans les villages qui avoisinent d'anciens étangs artificiels qui, mal entretenus, se sont transformés en marécages, et sont semés de flaques d'eau. Dans ces endroits les habitants savent fort bien que l'éléphantiasis vient de l'eau, mais ils l'attribuent plutôt à l'inoculation des plaies des jambes par l'eau ou à l'usage du poisson provenant de ces flaques d'eau.

Dans ces régions d'endémie, Thornhill a trouvé la filaire nocturne dans le sang de 6 sur 15 des individus sains qu'il a examinés, en faisant une seule préparation du sang de chacun. Chose assez singulière, il n'a trouvé d'embryon de filaire chez aucun des éléphantiasiques qu'il a examinés. Dans les autres districts des examens du sang très nombreux n'ont que très rarement fait trouver des filaires.

L'éléphantiasis débute par un accès de fièvre de trois ou quatre jours de durée avec douleur et gonflement passager d'un membre, puis au fur et à mesure que les accès se répètent, le gonflement persiste et augmente. Les accès de fièvre éléphantiasique durent généralement deux ou trois jours et s'accompagnent de vives douleurs ; ils se répètent environ toutes les semaines quelquefois à des intervalles de dix jours, d'autres fois tous les trois ou quatre jours, de sorte qu'ils sont presque subintrants.

L'augmentation de volume est relativement modérée et bien moindre que ce qui se voit dans d'autres pays où les accès éléphantiasiques sont beaucoup moins répétés, et cela même dans des cas très anciens. La peau est épaissie, mais reste assez souple.

L'incessante répétition des accès de fièvre, beaucoup plus que le volume des parties malades, rend tout travail impossible.

Le meilleur traitement prophylactique consiste dans le drainage des marais et la précaution de faire bouillir l'eau de boisson. W. D.

Érythèmes.

Altérations des nerfs périphériques dans un cas d'érythème polymorphe phlycténoïde (Le alterazioni dei molti nervi periferici in un caso di eritema polimorfo flittenoïde), par C. Rocca. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, janvier 1897, p. 199.

Femme de 51 ans, atteinte depuis dix jours, à la suite d'une angine ayant duré plus d'un mois, d'une éruption généralisée polymorphe, maculeuse, papuleuse et phlycténoïde, avec éléments variant de la dimension d'une lentille à celle de la paume de la main d'un enfant ; les éléments les plus nombreux sont de simples macules arrondies, de colorations variées, figurant une cocarde ; sur la muqueuse buccale, lambeaux détachés d'épithélium, reliquat de bulles. Signes d'infection générale : broncho-pneumonie, délire, asthénie générale.

A l'autopsie, faite 36 heures après la mort, foyers multiples de broncho-pneumonie non tuberculeuse, méningo-encéphalite avec exsudat fibrineux disséminé, néphrite aiguë parenchymateuse, légère tuméfaction de la rate ; les nerfs du plexus brachial présentent de petits gonflements fusiformes.

L'examen microscopique du nerf médian montre des foyers hématiques dans les gaines du nerf et dans le tissu connectif interfasciculaire et une infiltration interstitielle de corpuscules semblables à des leucocytes, sous la forme d'infiltration phlogistique, comme on en rencontre dans les lésions cutanées de l'érythème polymorphe et dans les inflammations aiguës des nerfs par névrite interstitielle toxique et rhumatismale. L'augmentation de nombre des noyaux du névrilemme contribue à confirmer la nature inflammatoire de ces lésions, peu considérables d'ailleurs. G. T.

Érythème scarlatiniforme (A case of erythema scarlatiniform), par Franck. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, mars 1897, p. 116.

Un jeune homme de 16 ans, de constitution plutôt faible, est pris en juin 1892, peut-être après s'être exposé au contact du rhus toxicodendron, de fièvre intense avec délire ; le quatrième jour, éruption scarlatiniforme granitée sur les mains et la face qui se généralise et s'accompagne d'un suintement abondant et de prurit violent. Au bout de quelques jours, desquamation générale, chute des cheveux et des ongles qui sont aussitôt remplacés. Récidive 18 mois après à la suite d'une légère bronchite ; l'éruption reste tout à fait sèche ; rechute pendant la desquamation. Un an et demi plus tard, nouvelle éruption avec rechute immédiate ; toujours l'éruption reste sèche et est précédée par la fièvre. En 1896, trois nouvelles éruptions toutes semblables.

Frank rappelle quelques observations analogues de divers auteurs ainsi qu'une observation personnelle d'érythème scarlatiniforme desquamatif survenu à plusieurs reprises à la suite de l'ingestion de quinine. W. D.

Externe (Dermatoses de cause).

Dermatite produite par les rayons Röntgen (A case of dermatitis caused by the Röntgen rays with the results of microscopic examination of the affected skin), par A. B. Kibbe, *New-York medical Journal*, 16 janvier 1897.

Dix jours après une série d'expériences sur lui-même avec les rayons de Röntgen et notamment plusieurs expositions de quelques minutes, l'auteur sentit quelques légères démangeaisons au coude droit et s'aperçut que la peau était d'un rouge brun, ponctuée par une teinte plus foncée aux orifices folliculaires, et que la température locale était manifestement élevée. Quinze jours plus tard la peau desquamait abondamment sans jamais avoir été le siège de la moindre douleur mais seulement d'un prurit insignifiant. Les poils ne sont pas tombés.

Au moment où les altérations étaient le plus accusées, Kibbe excise un morceau de son bras, au point le plus malade ; la pièce fut fixée par le formol à 3 p. 100, incluse dans le collodion et les coupes colorées par l'hématoxyline et l'éosine ou par le carmin lithiné. La couche cornée était normale ; le stratum lucidum manquait presque partout ; les cellules de la couche de Malpighi se coloraient mal.

Dans les parties supérieures, au niveau de la couche granuleuse, la kératohyaline formait non des granulations, mais de gros blocs fortement colorés. Ces altérations étaient surtout marquées au voisinage des follicules. Le derme présentait de la dilatation vasculaire et une grande abondance de cellules, comme dans tout tissu enflammé. W. D.

Impétigo.

Un cas d'impétigo simplex (A case of impetigo simplex), par F.-J. Kaufmann. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, juin 1897, p. 272.

Observation d'impétigo simplex de Duhring dont l'existence est contestée par quelques auteurs.

Enfant de 4 jours, bien développé et bien portant. Il y avait une douzaine de pustules hémisphériques à parois épaisses, saillantes, fermes, de couleur jaune paille, de la grandeur de l'ongle, entourées d'une auréole rouge foncé et disséminées sur l'abdomen, la poitrine et les membres inférieurs. Les pustules n'étaient ni ombiliquées ni groupées. Elles apparaissent d'emblée sous forme de pustules, se dessèchent au bout de 7 ou 8 jours pour former une croûte brunâtre qui en tombant laisse une macule rouge passagère. Le contenu des pustules était formé de pus et de microcoques.

Guérison en un mois par un pansement avec une pommade à l'oxyde de zinc et l'acide phénique. W. D.

Langue.

Mélanoglossie (A note on melanoglossia), par F.-P. Maynard. *Indian medical Gazette*, octobre 1897, p. 364.

L'auteur a examiné la langue de 347 coolies pris au hasard, 203 hommes et 144 femmes. Il a trouvé en moyenne de la pigmentation dans 30 p. 100 des cas. Mais il y a de grandes variations suivant la race et elle est proportionnelle à la pigmentation générale du corps, plus fréquente dans la

race dravidienne que dans la race aryenne. Elle se présente sous forme de taches plus ou moins étendues, noires ou blanches ; dans un seul cas toute la langue était noire ; assez souvent il y a une auréole bleue ou noire autour de chaque papille fongiforme, ce qui donne à la langue un aspect pointillé. La pigmentation est plus fréquente et plus foncée chez les adultes que chez les enfants. Dans aucun cas il n'y avait de taches sur les gencives ou le palais. W. D.

Lichen.

Lichen plan hypertrophique (Hypertrophic lichen planus), par J.-A. Fordyce. *Journal of cut. and genito-urin. diseases*, février 1897, p. 49.

Le malade est un homme de 54 ans, d'origine allemande ; il a eu à plusieurs reprises des poussées d'urticaire et une attaque de rhumatisme il y a 2 ans et demi, dans le genou et le cou-de-pied droits. C'est au cours de cette attaque de rhumatisme que l'éruption actuelle s'est montrée sur la partie antérieure de la jambe droite ; elle a été prurigineuse dès le début et s'est graduellement étendue aux creux poplités, surtout à droite, au pénis, au scrotum, à la jambe gauche et au sacrum. Le tronc et les membres inférieurs sont toujours restés indemnes et la santé générale n'a jamais été altérée. Rien dans les urines.

La partie antérieure de la jambe est couverte de très nombreuses élevures verruqueuses serrées, aplaties au sommet, à contours irréguliers, de couleur rouge violacé ou brunâtre. Ces lésions sont assez dures, recouvertes d'une couche cornée épaisse formant des bouchons cornés. Autour des plaques verruqueuses sont des papules brun rouge sans relation avec les follicules, parfois ombiliquées et ressemblant de tout point à des papules de lichen plan ; leur grandeur varie d'une tête d'épingle à un pois, et les plus grandes offrent la structure des plaques verruqueuses. Parmi les papules disséminées on trouve de petites taches brunes ou noirâtres qui sont évidemment des vestiges des papules. Ces parties pigmentées s'étendent en haut et en dehors jusqu'à rejoindre les lésions du creux poplité. Celles-ci présentaient la même structure, sauf que les verrucosités étaient plus roses et plus molles.

La région génitale présente des lésions très particulières. Le pubis est semé de grosses papules hémisphériques, pourprées, dures. La verge, à l'exception du prépuce, est complètement couverte de végétations papillomateuses confluentes ; elles sont roses, dures, indolentes, sèches et sans desquamation ; les parties respectées sont tachetées de brun et de blanc. A la face inférieure on trouve une série de tumeurs verruqueuses formant des bandes le long de la ligne médiane et se prolongeant sur le scrotum en formant des chapelets qui accompagnent le raphé médian. Le scrotum est fortement pigmenté ; les ganglions inguinaux sont tuméfiés mais indolents. Les faces postérieures des avant-bras sont pigmentées, rugueuses, rappelant ce qui se voit dans le prurigo mitis. Quelques mois après, une grande partie des lésions avaient disparu.

L'examen microscopique montre un épiderme épaissi, toutes les couches en sont hypertrophiées et forment des enfoncements profonds dans le

derme. Les couches papillaires et sous-papillaires sont fortement infiltrées de leucocytes mononucléaires. Dans les parties profondes du derme l'infiltration est limitée au voisinage des vaisseaux, et il y a néoformation conjonctive.

L'auteur discute le diagnostic et conclut à une forme particulière de lichen plan comparable au lichen moniliforme de Kaposi et à un cas publié par Corlett dans le *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, août 1896. W. D.

Lupus.

Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés, par Finsen. *Semaine médicale*, 22 décembre 1897, p. 466.

L'auteur, poursuivant ses recherches sur l'action de la lumière dans les maladies infectieuses et reprenant des expériences de différents auteurs sur l'action de la lumière sur le lupus, a soumis un certain nombre de malades atteints de cette affection aux rayons chimiques fournis soit par le soleil, soit par l'arc électrique ; ces rayons sont concentrés au moyen d'une lentille, remplie d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre qui exclut les radiations caloriques du spectre, lesquelles pourraient produire des brûlures. Pendant un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs semaines, une même région mesurant de 1 à 3 centimètres carrés est exposée quotidiennement pendant au moins 2 heures à l'action des rayons lumineux, puis on traite de la même façon des surfaces de même étendue. Il se produit toujours une rubéfaction plus ou moins accusée, parfois un suintement séreux ou des vésicules suivies de desquamation. Le placard lupique s'affaisse, la rougeur disparaît, la peau reprend sa coloration normale et les ulcérations, s'il en existait, se cicatrisent. L'auteur reproduit les photographies de 2 malades traités par ce procédé. G. T.

Pathologie du lupus érythémateux (The pathology of lupus erythematosus), par O.-H. Holder. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, mai 1897, p. 207.

L'auteur a examiné plusieurs cas de lupus érythémateux du cuir chevelu et a été particulièrement frappé de l'existence de thromboses capillaires. Ces thromboses, se propageant lentement de proche en proche dans le réseau capillaire, seraient la cause de l'extension progressive de la maladie. La cicatrisation centrale serait simplement l'atrophie due à l'oblitération d'une portion des capillaires. W. D.

Mycosis fongoïde.

Psoriasis, eczéma et mycosis fongoïde (Psoriasi, eczema, micosi fongoïde), par P. Galli. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma,* mars 1897, p. 9.

P. Galli rapporte l'observation d'une femme de 20 ans, atteinte de mycosis fongoïde, chez laquelle les lésions cutanées revêtaient des aspects très divers : sur le dos, les épaules, les côtés du thorax et la partie postérieure des jambes, elles se traduisaient par une desquamation notable et avaient l'aspect de la dermatite desquamative ; sur la face, particulièrement aux tempes et aux joues, elles avaient l'aspect de l'eczéma, se ca-

ractérisaient par la présence de petites croûtes jaunâtres, jaunes noirâtres, un peu humides ; en d'autres points, au milieu des squames, on trouvait des érosions humides et un exsudat séro-purulent ; en d'autres points, elles avaient la morphologie du psoriasis, principalement à la partie antérieure du cou, à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'abdomen, où elles se présentaient sous la forme de psoriasis nummulaire ou discoïde ou de plaques plus diffuses, sèches, recouvertes en partie ou en totalité de squames ou dépourvues de squames ; à la face dorsale des poignets elles avaient la forme du psoriasis punctata, mais ces points étaient presque dépourvus de squames.

Le diagnostic de mycosis fongoïde a été confirmé par l'examen histologique, qui a montré aussi des lésions épidermiques très prononcées, mais l'auteur ne dit pas quel était l'aspect de la peau dans les points examinés. G. T.

Mycosis fongoïde et sarcomatose (Mycosis fungoides and sarcomatosis), par J.-T. Bowen. *Journal of cutan. and genito-urin. diseases*, février 1897, p. 65.

L'auteur discute les relations du mycosis fongoïde et de la sarcomatose cutanée et conclut à leur étroite parenté, tout en reconnaissant que nous savons fort peu de chose sur la nature de l'un et de l'autre.

Il rapporte deux observations.

Dans la première, un homme de 52 ans, jusque-là bien portant, fut pris brusquement d'une tuméfaction considérable des deux testicules qui étaient durs, lisses et indolents. Quelques semaines après apparaissent une série de petites tumeurs disséminées sur le corps, du volume d'un haricot à un œuf, fermes, saillantes, d'un rouge violacé ; elles faisaient corps avec le derme et quelques-unes étaient ulcérées. En même temps étaient apparues des plaques érythémateuses ou urticariennes.

Le malade perdit rapidement ses forces et mourut neuf mois après le début. Dans les résultats de l'autopsie il faut signaler les lésions des testicules et des épididymes, les reins pâles et augmentés de volume et l'existence d'un noyau néoplasique dans un rein et dans l'intestin. Histologiquement, les lésions étaient celles du mycosis fongoïde.

Le deuxième malade était un homme de 48 ans chez qui la maladie avait débuté par un gonflement des ailes du nez ; au bout de sept mois survint un gonflement indolent des deux testicules, puis une éruption abondante et généralisée de nodules du volume d'une noix, d'un rouge violacé, et ressemblant à l'érythème noueux. Après une amélioration momentanée due aux injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, le malade s'affaissa rapidement et mourut onze mois après le début, après avoir présenté quelques plaques urticariennes. W. D.

Ongles.

Chute héréditaire et permanente des ongles des mains (A case of hereditary and continuous shedding of the finger-nails), par D. W. Montgomery. *Journal of cut. and genito-urin. diseases*, juin 1897, p. 252.

Le malade est un Français des Basses-Pyrénées, âgé de 35 ans, fort et bien portant. Depuis son enfance, il a toujours à l'une ou l'autre main un

ou deux ongles en voie d'élimination. La maladie commence à la racine de l'ongle, souvent la lunule est prise d'un seul côté ; d'abord l'ongle devient terne, d'un blanc jaunâtre, et commence à se détacher du lit, d'arrière en avant. Au bout de trois mois environ l'ongle s'élimine, laissant à découvert une partie du lit qui se recouvre d'une masse cornée rugueuse. En même temps, un ongle nouveau fait son apparition, et au bout de huit mois environ l'ongle ancien est remplacé par un ongle nouveau parfaitement normal comme forme, couleur et structure. Le processus tout entier est absolument indolent. En général, le premier et le cinquième doigt, le deuxième et le quatrième de chaque main sont atteints simultanément, mais cette règle est loin d'être absolue. Aucune trace d'eczéma ou de psoriasis, légère séborrhée du cuir chevelu, pas de diabète ni d'ataxie, très légère albuminurie.

Sa mère et deux oncles maternels perdaient leurs ongles exactement comme lui ; son père, une tante et deux oncles paternels, un cousin du même côté avaient de mauvais ongles, rudes et crayeux, mais qui ne tombaient pas.

Il n'a pas été fait d'examen microscopique. W. D.

Pemphigus.

Pemphigus vulgaire et pemphigus végétant et recherches sur la formation des bulles (Pemphigus vulgaris und vegetans, mit besonderer Berücksichtigung der Blasenbildung und der elastischen Fasern), par F. Luithlen. *Archiv f. Derm. u. Syphilis*, 1897, t. XL, p. 37.

L'auteur étudie dans ce travail deux cas de pemphigus qu'il a observés.

Le premier cas concerne une femme de 43 ans, de la Clinique de Kaposi. Au moment de son entrée à l'hôpital cette malade présentait, outre les modifications de la peau indiquant des éruptions antérieures, principalement des pigmentations discoïdes, le tableau typique d'une éruption aiguë de bulles avec pemphigus vulgaire ; sur tout le corps bulles disséminées à toutes les périodes et de grosseur variable : bulles également sur la muqueuse buccale. Rien du côté des organes internes. Ni albumine ni sucre. Pendant son séjour à la clinique, les 5 premiers mois, la malade eut de nombreuses poussées de pemphigus accompagnées de symptômes généraux plus ou moins graves, puis les poussées de bulles diminuèrent et cessèrent. La malade quitte la clinique dans l'état suivant : sur tout le corps, taches de pigment brun clair, disséminées, arrondies, de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de deux francs, groupées ou en cercles, ou encore disposées en lignes arciformes. Nutrition et état général bons, urine normale, organes internes sains.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 60 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Quatre semaines avant son entrée, taches rouges dans le pli inguinal droit et sur l'abdomen; affaiblissement et fièvre. Trois jours après l'apparition des taches, il survint des bulles dans les mêmes points ; ensuite quelques plaques érythémateuses sur le dos ainsi que de petites bulles. La malade, de constitution délicate, est faible et amaigrie; peau et muqueuses pâles. Sur les faces d'extension des membres supérieurs, à la face interne et sur celle de la flexion des

cuisses, sur le pubis, l'abdomen entre le nombril et les arcs costaux, la peau présente des plaques un peu saillantes, rouges. Rougeur très vive à la périphérie, pâlissant au centre. Sur toutes ces régions il existe des bulles disséminées atteignant jusqu'à la grosseur d'une noisette, qui se recouvrent ensuite de croûtes. La muqueuse buccale est indemne. Dans les semaines suivantes, poussées de bulles sur différentes régions. Quelques bulles hémorrhagiques sur les cuisses. Au mois de décembre, bulles survenant par périodes, avec exacerbation fébrile, les bulles sont toujours pleines, tendues. Le 10 janvier on excise, au moment d'une poussée bulleuse aiguë, un fragment de peau avec bulle et plusieurs points dépouillés d'épiderme. Au commencement de mars, les éruptions bulleuses deviennent plus rares; à la place des bulles cicatrisées existent des pigmentations. L'état général de la malade s'est notablement amélioré, la nutrition est bonne.

L'auteur expose en détail les résultats de ses recherches histologiques.

La bulle du pemphigus est produite par le détachement total du réseau avec la couche basale des papilles en laissant quelques prolongements interpapillaires.

La guérison des pertes de substance occasionnées par le détachement du réseau se fait sans cicatrices ; l'épidermisation des papilles est déterminée par ces prolongements du réseau.

On peut expliquer cette origine de la bulle de pemphigus par l'exsudation qui a lieu avec le processus morbide, en ce que ce liquide, vraisemblablement à la suite de l'action sur les fibres élastiques les plus fines et leur rapport avec les cellules du réseau, détache l'épiderme du derme.

Il n'existe aucun point de repère, pour établir que le pemphigus végétant est une maladie *sui generis*, car d'une part on trouve histologiquement dans les processus élémentaires de la forme végétante de légères ressemblances avec la forme vulgaire (vacuoles en forme de fentes par suite du détachement du réseau avec la couche basale des papilles, dégénérescence des fibres élastiques), d'autre part les résultats en apparence différents s'expliquent d'une manière suffisante par l'exsudation chronique avec toutes ses suites.

Les recherches histologiques viennent aussi confirmer l'identité des formes vulgaires du pemphigus sur laquelle Kaposi n'a cessé d'insister, en s'appuyant sur l'observation clinique. A. Doyon.

Pemphigus foliacé ou dermatite herpétiforme ? (Pemphigus foliaceus or dermatitis herpetiformis [Duhring] ?), par Biddle. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, mai 1897, p. 203.

Homme de 21 ans. Il y a trois mois, accidents fébriles, qui ont été considérés comme une attaque de grippe, puis l'éruption actuelle a commencé par la bouche. Actuellement, grande dépression physique et intellectuelle, fièvre persistante ; la muqueuse buccale est couverte de bulles et d'excoriations très douloureuses. L'éruption s'étend sur tout le corps, elle est formée de bulles qui se rompent ou s'affaissent, puis forment des excoriations ou se recouvrent de croûtes lamelleuses; on trouve en même temps des papules et des pustules. Toute la surface du corps est excoriée et le siège d'un prurit violent, les mains et les pieds sont couverts de lésions bulleuses

ou croûteuses, les ongles sont amincis, les cheveux raréfiés. Peu à peu la fièvre tombe, l'état général et local s'améliore.

L'auteur hésite entre la dermatite de Duhring et le pemphigus foliacé secondaire. Ce dernier diagnostic paraît plus probable. W. D.

Pemphigus vulgaire de la bouche et de l'épiglotte (Pemphigus chronicus vulgaris of the mouth and epiglottis), par L. H. Miller. *New-York medical Journal*, 3 juillet 1897.

Homme de 72 ans, atteint antérieurement de rhumatisme aigu et chronique avec complications cardiaques, une fois purpura des membres inférieurs. L'éruption buccale a commencé en octobre 1895 et a toujours persisté depuis sans jamais atteindre la peau ou d'autres muqueuses. Les lésions ont le volume d'une tête d'épingle à une pièce de monnaie d'un quart de dollar, elles débutent par une bulle blanchâtre qui au bout de vingt-quatre heures est remplacée par une érosion couverte d'une fausse membrane blanche opaque, épaisse ; en l'arrachant on trouve une surface rouge et saignante qui se recouvre bientôt d'une nouvelle fausse membrane. Les lésions sont assez douloureuses et occupent les joues, les gencives inférieures, le plancher de la bouche, la voûte et le voile du palais, l'épiglotte et même la trachée. Les traitements les plus variés sont restés impuissants. W. D.

Psoriasis.

Étiologie et pathogénie du psoriasis (Ætiologie und Pathogenese der Psoriasis), par M. Kuznitzky. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 405.

Il est inexact de dire que le psoriasis survient exclusivement ou principalement sur les sujets d'ailleurs bien portants.

Le psoriasis s'observe aussi sur les muqueuses vraies ; ainsi que sur les cicatrices.

La théorie parasitaire de cette affection est insoutenable.

Le psoriasis lui-même n'est pas héréditaire, mais la « disposition au psoriasis ». La « condition prédisposante » est un système nerveux central d'une irritabilité anormale.

Il ne faut pas, suivant toute apparence, identifier les arthropathies du psoriasis grave avec le rhumatisme ni avec la goutte. Ces arthropathies spéciales, observées à différentes reprises avec le psoriasis grave, sont très vraisemblablement en corrélation avec le psoriasis et il faut les rapporter à la même cause que le psoriasis lui-même, c'est-à-dire à un état d'irritation spinale chronique.

Il est démontré que le psoriasis peut survenir en connexion immédiate avec des affections psychiques.

Il est également certain que même des psoriasis étendus peuvent guérir spontanément en un court laps de temps.

Le psoriasis peut être absolument unilatéral. L'hyperhémie est le symptôme primaire dans la pathogénèse de l'efflorescence psoriasique. Cette hyperhémie n'est ni de nature inflammatoire, ni de nature parésique, elle n'est pas non plus le résultat d'une stase passive ; il faut la regarder au contraire comme un processus angio-éréthique.

On a observé une première éruption de psoriasis en connexion complète, passagère et locale, avec une irritation mécanique.

On peut très vraisemblablement admettre que la coexistence de deux facteurs est nécessaire pour que des éruptions de psoriasis se produisent : traumatismes de n'importe quelle espèce, quoique éventuellement de peu d'importance, dans la sphère des vaisseaux dont les centres spéciaux qui en dépendent se trouvent dans un état chronique d'irritation.

Cet état d'irritation des ganglions spinaux vaso-moteurs peut être congénital ou acquis. Il est vraisemblable qu'il n'est que fonctionnel; cependant il est encore possible que, dans bon nombre de cas, il y ait des lésions matérielles de la substance médullaire, des recherches anatomiques systématiques pourront l'établir ultérieurement. A. Doyon.

Traitement du psoriasis (Ueber Psoriasisbehandlung), par K. Herxheimer. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1897, n° 35.

Les opinions des auteurs sont très différentes relativement à la valeur de l'arsenic dans le traitement du psoriasis.

Herxheimer avait déjà constaté autrefois que l'arsenic, pris à l'intérieur, ne fait disparaître les symptômes du psoriasis que chez un petit nombre de malades. Comme il n'en est pas ainsi chez d'autres, on pouvait en conclure que chez les premiers l'insuccès tenait à la dose trop faible du médicament, ou à la trop courte durée du traitement, ce qui peut résulter de troubles parergiques sur les voies digestives.

L'auteur s'est alors décidé à employer les injections intra-veineuses, d'après la méthode de Baccelli, pour introduire directement dans la circulation des doses plus élevées d'arsenic.

La technique est relativement simple : on choisit habituellement la région du pli du bras, plus rarement du creux poplité. Après une désinfection complète on entoure le bras avec la bande d'Esmarch, ensuite on enfonce la canule d'une seringue Pravaz, autant que possible parallèlement à la peau, dans une veine cutanée. Après l'injection on recouvre avec l'emplâtre de zinc. On commence par 0,001 d'acide arsénieux et tous les deux jours dans l'injection de chaque jour on augmente de 0,001 jusqu'à ce qu'on atteigne la dose de 15 milligrammes. On continue à cette dose jusqu'à disparition complète des efflorescences.

Sur 28 malades, 25 furent traités uniquement par des injections intra-veineuses d'arsenic ; dans trois cas on prescrivit en même temps un traitement externe (goudron, chrysarobine, pyrogallol). Sur les 25 malades 10 quittèrent l'hôpital complètement guéris, 6 n'attendirent pas leur guérison mais partirent améliorés, et 9 sont encore en traitement à l'ambulatorium. Ces 9 ont déjà obtenu une amélioration notable, de telle sorte que 3 seront prochainement guéris. La guérison commence à la fin de la deuxième semaine ou au commencement de la troisième, de sorte que les papules prennent tout d'abord une pigmentation plus foncée, et, à l'exception de deux cas qui présentèrent d'abord une desquamation plus abondante, la desquamation diminua en même temps. La durée du traitement était en moyenne de quarante-huit jours. Il y a peut-être des cas qui, traités par la chrysarobine, guérissent plus rapidement, toutefois c'est le petit nombre et avant tout on n'est jamais sûr avec le traitement externe,

spécialement avec la chrysarobine, qu'il ne surviendra pas de nouvelles poussées pendant le traitement.

L'auteur ne prétend pas que ces poussées ne se produisent pas avec les injections intraveineuses, mais il est certain que, chez les 20 malades mentionnés ci-dessus, on n'a observé que deux fois des poussées très insignifiantes. Cette méthode, relativement à la durée du traitement, est supérieure à l'emploi interne de l'arsenic, car on sait, par exemple, par H. v. Hebra qu'une amélioration visible avec cette dernière méthode ne survient que vers la fin de la huitième semaine.

Les parergies qu'on pouvait craindre à priori étaient très insignifiantes. Une fois il se forma une thrombose qui guérit en deux semaines par le simple repos du bras et qui n'était pas due à l'injection. Dans un cas survinrent de petits furoncles ; dans deux cas un zoster arsenical et de la diarrhée. Les douleurs au point injecté étaient peu accusées.

Quant à la question des récidives, sur les 9 malades guéris, il n'en est qu'un qu'on put suivre régulièrement ; il n'eut pas de récidive. On a toujours observé de fréquentes récidives après un traitement arsenical interne de longue durée. L'auteur recommande de faire, comme dans la syphilis, des cures intermittentes et successives pendant les périodes où il n'y a pas de symptômes sur la peau.

On n'a pas jusqu'à présent suffisamment observé la marche du psoriasis avec un traitement arsenical institué de très bonne heure et aussi énergique que possible ; il faut précisément porter dans l'avenir son attention sur ce point.

L'auteur voudrait aussi à cette occasion proposer pour les cas de lichen ruber verruqueux et de mycosis fongoïde le traitement par les injections intra-veineuses d'arsenic. Dans un cas de lichen ruber plan de l'abdomen, du dos et des parties génitales, la guérison eut lieu dans l'espace de deux semaines avec 70 milligrammes d'acide arsénieux. A. Doyon.

Traitement du psoriasis (Zur Behandlung der Psoriasis), par E. Heuss. *Therapeutische Wochenschrift*, 1897, n[os] 33 et 34.

Voici les conclusions de l'auteur :

L'étiologie et la pathogénie du psoriasis nous sont inconnues ; peut-être cette affection provient-elle d'une invasion de champignons sur un terrain prédisposé (par hérédité ou acquis).

Il n'existe aucune méthode de traitement qui soit à même de guérir le psoriasis d'une manière durable ou d'empêcher seulement les récidives avec quelque certitude. Le pronostic est défavorable en ce qui concerne la guérison, tandis qu'il est bon en tant que vie. Il y a toujours des cas qui résistent à tout traitement, principalement les formes dites arthritiques. Il y a aussi des maladies psoriasiques véritables, rares, qui peuvent amener une dermatite généralisée et déterminer ultérieurement la mort.

Dans le traitement du psoriasis, il faut en premier lieu faire intervenir la médication externe, locale, l'éloignement des lésions (efflorescences psoriasiques) dues à l'infection et à la prédisposition.

La chrysarobine est le médicament anti-psoriasique par excellence. Dans des cas légers, pour certaines localisations, on peut avoir recours à l'acide pyrogallique, au goudron, au précipité blanc, à l'acide salicylique,

etc. Il n'existe pas de médication interne donnant des succès (arsenic, iodure de potassium, thyroïdine). Le régime peut agir comme adjuvant du traitement.

On réussit peut-être à éloigner les récidives par des mesures appropriées (bains, pommades faibles d'acide salicylique, etc.), à protéger pour quelque temps la peau contre les réinfections. A. DOYON.

Purpura.

Étiologie du purpura hémorrhagique (Contributo all' eziologia della porpora emorragica), par G. GUICCIARDI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 2, p. 220.

Observation de purpura à récidives multiples paraissant dues à des troubles gastro-intestinaux et se répétant depuis 4 ans chez une enfant de 8 ans. A l'examen du sang recueilli antiseptiquement dans les veines, on trouve 5 fois sur 6 un staphylocoque blanc peu virulent. G. T.

Maladie de Werlhof à forme chronique ; disparition des symptômes morbides et des lésions du sang huit jours après le début du traitement, par APERT et RABÉ. *Bulletin médical*, 21 novembre 1897, p. 1081.

Garçon de 14 ans. Hémorrhagies nasales et gingivales, ecchymoses sous-cutanées, survenant sans cause depuis un an, sans s'accompagner d'aucun trouble de la santé générale; lésions du sang caractérisées par l'absence de rétraction du caillot sanguin et l'absence d'exsudation de sérum. Après l'administration du chlorure de calcium à la dose de 1 gramme par jour, médicament proposé par Wright dans le traitement du purpura, disparition immédiate des hémorrhagies et des ecchymoses; au bout de huit jours, les lésions du sang étaient très atténuées ; au bout de deux mois et demi, la guérison complète s'est intégralement maintenue.

L'auteur conclut de cette observation : 1° qu'il existe un type morbide méritant le nom de maladie de Werlhof à forme chronique ; 2° que c'est dans ce type qu'on observe le plus constamment et au plus haut degré la lésion sanguine décrite par Hayem et Bensaude dans le purpura ; 3° que c'est aussi dans ce type que le chlorure de calcium paraît agir avec le plus d'efficacité. G. T.

Sarcome.

Un cas de sarcome primitif de la peau avec troubles trophiques évidents (Un altro caso di cosidetto sarcoma primitivo idiopatico della cute, accompagnato da evidenti sintomi di trofismo), par R. CAMPANA. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, mars 1897, p. 3.

Campana rapporte le résultat de l'examen histologique des nerfs périphériques dans deux cas de sarcome pigmentaire primitif de la peau : les ramifications des nerfs des membres sur lesquels siégeait l'éruption étaient entourées d'amas de cellules semblables à des leucocytes, occupant non seulement la gaine du nerf, mais encore les interstices des faisceaux nerveux et même le tissu connectif intra-fasciculaire; quand ce processus anatomique est peu avancé, il ne diffère pas d'une infiltration inflammatoire vulgaire et légère, mais lorsqu'il est prononcé la structure normale du

nerf est profondément modifiée et dans quelques tubes on ne voit plus que la membrane de Schwann avec quelques rares débris de névrilemme, souvent aussi quelques leucocytes et quelques granulations amorphes de pigment rougeâtre, et entre les tubes des amas d'éléments leucocytoïdes n'ayant pas de tendance à s'organiser en tissu fibreux ; en quelques points on voit des capillaires dilatés et plus nombreux qu'à l'état normal. Ces lésions histologiques des nerfs correspondent macroscopiquement à des tuméfactions moniliformes des rameaux nerveux ; elles sont identiques à celles que montre l'examen histologique des lésions cutanées. Elles montrent qu'il y a une relation évidente entre les lésions des nerfs et les lésions de la peau, car cette systématisation aux nerfs ne se voit pas dans le sarcome vulgaire.

A l'appui des relations de la sarcomatose cutanée avec les lésions du système nerveux, relations qu'il avait indiquées dès 1885, Campana rapporte l'observation d'un malade atteint de sarcomatose cutanée et d'atrophie cicatricielle de la peau limitée à la moitié gauche du visage et à l'oreille gauche. G. T.

Sclérodermie.

Sclérodermie en plaques multiples et atrophie musculaire progressive (A case of multiple circumscribed scleroderma originating in a patient with progressive muscular atrophy), par G. T. Elliot. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, mai 1897, p. 199.

La malade est une femme de 43 ans, d'origine allemande, mais habitant l'Amérique depuis 21 ans. La maladie a débuté depuis 15 ans par de la faiblesse dans la main gauche suivie d'atrophie musculaire des mains et des avant-bras. L'atrophie musculaire était accompagnée de sueurs profuses généralisées, de sensations de fatigue, de douleurs très vives spontanées et provoquées dans la colonne vertébrale, les épaules et la face postérieure des bras.

Cinq ans après le début de l'atrophie musculaire,les lésions cutanées se sont montrées et se sont constamment multipliées.

Elles occupent la partie supérieure du tronc et un peu les bras,affectant souvent une disposition zostériforme le long des espaces intercostaux. Ce sont des macules blanches de la grandeur d'un pois à une pièce de 5 francs en argent, au nombre total de 145, quelquefois confluentes. Ces macules sont arrondies ou ovalaires, bien limitées, achromateuses, sans bordure rouge ni violacée. La peau est à ce niveau amincie, atrophique, avec des dépressions punctiformes paraissant correspondre à des orifices glandulaires ; quelques-unes sont douloureuses au toucher, quelques-unes sont bombées comme par la pression du tissu sous-cutané. Les plus récentes sont moins bien limitées, indurées, infiltrées et saillantes. La malade est morte peu de temps après de maladie inconnue.

L'auteur considère qu'il s'agit de sclérodermie circonscrite ou morphée d'origine nerveuse,comme l'atrophie musculaire elle-même. W. D.

Pathogénie du processus sclérodermique, par E. Brissaud. *Presse médicale*, 23 juin 1897, p. 285.

Brissaud, à l'occasion de 2 cas de sclérodermie généralisée, discute la

pathogénie des dermatoscléroses. Il pense que la sclérodermie ne relève pas d'altérations vasculaires; les lésions artérielles qu'on constate dans certains cas de sclérodermie sont la conséquence d'altérations nerveuses. Les lésions thyroïdiennes constatées dans quelques cas de sclérodermie peuvent être sous la dépendance de lésions du grand sympathique. Les sclérodermies en bandes peuvent être rattachées à une lésion tantôt périphérique, tantôt radiculaire, tantôt spinale. En fin de compte, toute sclérodermie relève d'une affection primordiale sympathique. G. T.

Séborrhée.

Les diplocoques de la séborrhée (The diplococci seborrheœ), par W. H. Merrill. *New-York medical Journal*, 9 octobre 1897.

L'auteur a déja publié les résultats de 64 examens bactériologiques des squames dans la séborrhée. Il vient ajouter l'examen de 13 nouveaux cas, dont 7 du cuir chevelu et 6 de la poitrine.

Uu grand nombre de microbes accidentels n'ont été trouvés qu'un petit nombre de fois, mais il en est deux, un diplocoque blanc et un diplocoque jaune, qui ont été trouvés dans presque tous les cas. Ce diplocoque est facultativement aérobie et ne liquéfie pas la gélatine. Le diplocoque blanc a été trouvé 62 fois, le jaune a été trouvé 47 fois.

Neuf expériences d'inoculation sur l'homme avec l'une ou l'autre espèce de diplocoques ont donné trois fois des résultats positifs, il se formait des plaques squameuses, jaunâtres, de tous points semblables à la séborrhée du tronc. W. D.

Thérapeutique.

L'airol en thérapeutique dermatologique (Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis), par Loblowitz. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 231.

L'auteur a étudié, dans le service du professeur Pick, l'action de l'airol dans le traitement des maladies de la peau et des affections vénériennes.

Voici le mode de traitement appliqué à la sclérose initiale : en premier lieu on faisait laver l'ulcère énergiquement avec l'éther et un antiseptique (sublimé 1 pour 1000), ensuite on poudrait avec l'airol; par-dessus de l'emplâtre gris; ce pansement était fait deux fois par jour. Dans les cas où les ulcères prenaient une grande extension ou étaient accompagnés d'une tuméfaction notable des ganglions lymphatiques, on prescrivait une cure locale de frictions avant l'apparition des symptômes généraux.

Le deuxième, au plus tard le troisième jour, l'ulcère était détergé et la sécrétion était très diminuée les jours suivants; les ulcères étaient nets, secs, brillants, comme s'ils étaient recouverts de laque, sans présenter aucune trace de granulations; dans cet état l'ulcère persistait plus ou moins longtemps; ce n'est que postérieurement qu'apparaissaient des granulations qui remplissaient la perte de substance.

D'après ses expériences l'auteur croit pouvoir dire que la guérison de ces ulcères avec l'emploi de l'airol a une marche aussi rapide, peut-être plus, qu'avec l'iodoforme ou d'autres antiseptiques employés sous forme de poudre; toutefois, sous ce rapport la différence n'est pas très grande.

En résumé, l'airol est un antiseptique qui est tout à fait suffisant pour les cas ordinaires ; cependant, s'il est nécessaire d'avoir une action antiseptique énergique, on devra revenir à l'iodoforme ; par contre, l'airol est un astringent remarquable, il est en outre sans odeur et très bon marché.

L'auteur déclare que l'airol est un antiseptique qui mérite d'occuper une place durable dans la thérapeutique ; il la conservera certainement, alors même qu'il ne remplacerait pas tout à fait l'iodoforme. A. DOYON.

Essai de la lorétine en dermatothérapie (Experiences with loretin in cutaneous therapy), par A. CANTRELL. *Philadelphia Policlinic*, 17 juillet 1897.

L'auteur, encouragé par les résultats thérapeutiques obtenus par Schinzinger avec la lorétine, l'a essayée dans l'eczéma aigu et chronique, dans les ulcères simples, l'érysipèle, des affections parasitaires dues aux parasites végétaux ou animaux, dans l'acné, les furoncles, l'impétigo, la séborrhée et le lupus. Les résultats en ont été nuls. L'herpès circiné et le pityriasis versicolor ont bien paru améliorés, mais pas plus rapidement qu'avec les autres médicaments usuels ; sur toutes les autres maladies il n'y a pas eu la moindre amélioration sous l'influence de la lorétine en pommade ou en solution aqueuse. W. D.

Savon à la nicotine (Sul « Nikotianseife »), par R. GOMEZ. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 1, p. 118.

L'auteur a expérimenté sur sept malades du service de Tommasoli, atteints de gale, le savon à la nicotine récemment vanté en Allemagne contre les affections parasitaires de la peau. Il considère ce traitement comme inefficace, ou tout au moins comme ayant une action curative fort lente ; les applications en sont bien supportées. Dans deux cas de pityriasis versicolore, la guérison a été obtenue à la suite de quatre frictions avec le savon. G. T.

Urines dans les dermatoses.

Toxicité urinaire dans quelques dermatoses (Prime ricerche sulla tossicità urinaria in alcune dermatosi), par P. COLOMBINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 2 et 3, p. 230 et 314.

De nombreuses injections au lapin d'urines provenant de sujets sains, de six sujets atteints d'eczéma et d'un ichtyosique, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La toxicité de l'urine des sujets atteints d'eczéma rubrum madidans est beaucoup plus faible (moins de la moitié) que celle de l'urine normale ; cette diminution de la toxicité urinaire est constante.

L'urine des sujets atteints d'eczéma aigu produit chez les animaux des phénomènes de dépression générale : somnolence, coma, légères convulsions, paralysie des extrémités, myosis, perte des urines, légère hypothermie. Quoique l'hypotoxicité urinaire puisse persister quelquefois après la disparition de l'eczéma (ce qui peut dépendre de ce que les poisons prennent une autre voie d'élimination, ou d'une autre cause), la guérison de l'eczéma aigu coïncide généralement avec le retour de la toxicité urinaire à un taux normal. La diminution de l'excrétion par la voie rénale des substances toxiques élaborées par l'organisme doit être attribuée à ce

fait que leur élimination se fait principalement par la peau enflammée et sécrétante. Là est l'explication des troubles graves qui peuvent parfois s'observer après la suppression brusque d'un eczéma aigu et étendu. Il est probable (mais ce sujet réclame de nouvelles recherches) que l'eczéma lui-même n'est autre que le produit de l'élimination trop considérable des poisons de l'organisme se produisant dans des cas spéciaux par la voie cutanée ; la diminution de la toxicité urinaire dans ce cas serait une cause et non un effet de l'eczéma aigu.

Dans les maladies cutanées qui produisent la rétention d'une série de corps que la peau est normalement chargée d'éliminer, par exemple dans l'eczéma papulo-squameux diffus et dans l'ichtyose généralisée, la toxicité urinaire augmente très notablement. L'urine des sujets atteints de ces affections détermine des spasmes locaux et étendus, des accidents convulsifs généraux intenses, de l'exophtalmie et du myosis, une hypothermie moins marquée. Cette toxicité urinaire tend à redevenir normale aussitôt que la peau reprend ses fonctions. Ce phénomène montre la grande importance que possède la peau comme voie d'élimination des poisons de l'organisme et montre avec quel soin on doit maintenir l'intégrité de son fonctionnement. G. T.

Tuberculose.

Le sérum de Maragliano dans la tuberculose cutanée (Il siero Maragliano nella cura della tubercolosi cutanea), par F. Fileti et N. La Mensa. *Giornale italiano d. malattie veneree e d. pelle*, 1897, fasc. 1, p. 89.

Les auteurs ont étudié l'action du sérum de Maragliano sur les malades atteints de lupus du service de Tommasoli, soumis aux injections de ce sérum, avec ou sans applications locales du même sérum.

Les malades soumis au traitement étant apyrétiques, il ne pouvait être question de constater l'abaissement de température que Maragliano a signalé chez les tuberculeux. Au cours du traitement, il y a eu une augmentation de poids et du nombre des globules rouges, qui paraît due, en partie au moins, au régime alimentaire et aux diverses médications accessoires auxquelles les malades ont été soumis. Quant aux lésions locales, elles n'ont présenté aucune amélioration, à l'exception d'un cas : vu la manière dont ce cas s'est comporté, les auteurs déclarent qu'il pouvait s'agir d'une forme de tuberculose différente du lupus et que même ce diagnostic pouvait être erroné. En présence de ce résultat, les auteurs émettent deux hypothèses : ou bien la sérothérapie de Maragliano est inefficace, ou bien le lupus n'est pas une tuberculose, ou tout au moins n'est pas une tuberculose véritable. G. T.

Ulcères.

Ulcère serpigineux de la vulve (Ulcus serpiginosum vulvæ), par A. H. F. Barbour et Norman Walker. *Scottish med. and surg. Journal*, 1897.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer une malade dont l'observation a été publiée autrefois par Angus Macdonald sous le nom de lupus de la vulve (*Trans. of the Edinburgh obst. Soc.*, 1883-1884). La maladie a été guérie à la suite d'interventions opératoires en 1883, 1887, 1896, et a toujours promptement récidivé dans la cicatrice. La lésion, dont l'aspect est repro-

duit dans une planche chromo-lithographique, est constituée par une vaste ulcération occupant la vulve, le périnée et le pourtour de l'anus, ulcération irrégulière, anfractueuse, à bords déchiquetés, décollés et indurés ; les orifices vulvaire et anal étaient rétrécis, mais l'ulcération ne pénétrait presque pas dans ces cavités.

L'examen microscopique a montré un tissu conjonctif embryonnaire avec des foyers de cellules plasmatiques, mais rien qui ressemblât à de la tuberculose, à de la syphilis tertiaire ou de l'épithélioma. Les auteurs y ont trouvé les bacilles et les microcoques décrits par Unna dans ce qu'il a décrit sous le nom d'ulcus serpiginosum vulvæ.

Cette lésion correspond à l'ancien esthiomène et ces recherches corroborent l'opinion de Dubreuilh et Baau et de Jadassohn et Koch sur la nature non tuberculeuse de l'esthiomène. W. D.

Urticaire.

Urticaire filarienne (Urticaria), par W.-D. Sutherland. *Indian medical Gazette*, juillet 1897, p. 259.

Un Hindou n'habitant pas un pays à filaires est pris brusquement d'urticaire généralisée très intense avec prurit violent. Un point douloureux au-dessus d'une malléole fit soupçonner la possibilité d'une filaire de Médine. Au bout de trois jours, l'urticaire disparut et au point douloureux se développa un gonflement où une filaire finit par faire son apparition. L'urticaire annonçant l'apparition de la filaire a été signalée par Duke, Winze, etc.

L'auteur rapporte en même temps un cas d'urticaire ab ingestis et un cas d'urticaire quinique. W. D.

Urticaire et phlycténose cutanée (Alcuni fenomeni di irritabilità cutanea studiati clinicamente e sperimentalmente ; orticaria, flittenosi cutanea), par Freccero. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, mars 1897, p. 29.

L'auteur rapporte une très belle observation d'urticaire dite dermographique chez un homme de 22 ans, de souche névropathique et alcoolique lui-même, et celle d'un homme de 33 ans qui, depuis 17 mois, était atteint d'urticaire avec production de bulles se développant par poussées à la suite d'excès alcooliques.

A propos de ces 2 observations, l'auteur a commencé, sur des grenouilles dont il examinait la circulation mésentérique, une série d'expériences d'où il résulte que l'injection d'alcool et de quelques autres médicaments modifie l'irritabilité du tissu conjonctif et des épithéliums. G. T.

Xanthome.

Cas de xanthome diabétique tubéreux (Ein Fall von Xanthom tuberosum diabeticum), par Toepfer. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XL, p. 3.

Ce cas concerne un homme de 42 ans. Son père est mort en 1893 d'une affection du foie, sa mère vit et est en bonne santé. Le malade est le plus âgé de 8 enfants, il a toujours été bien portant. Depuis environ 10 ans il remarque l'apparition de petites tumeurs sur le face externe des

membres supérieurs ; dans le cours de l'année d'autres tumeurs survinrent à la nuque, sur le siège, les membres inférieurs, ici aussi principalement sur les côtés externes. Depuis 1893 l'état est stationnaire. Par ci par là quelques petites tumeurs se seraient résorbées spontanément, en laissant des dépressions cicatricielles et des pigmentations. Les tumeurs, dont la grosseur varie de celle d'une lentille à celle d'une noisette, sont les unes lisses, les autres à surface quadrillée comme celle d'une mûre sauvage ; la périphérie est rouge clair, vers le centre des tumeurs la coloration prend une teinte jaune graisseux. Entre les petites tumeurs très rapprochées es unes des autres, en partie confluentes, il existe des dépressions cicatricielles de l'étendue d'une lentille, isolées, avec aréole pigmentaire irrégulièrement limitée. Les plus volumineuses et les plus nombreuses sont situées sur les articulations des coudes ; une tumeur de la grosseur d'une noisette se trouve sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche.

La quantité d'urine rendue en 24 heures est de 1,260 ; poids spécifique 1031 ; albumine, environ 0,067 p. 100 ; sucre 5 p. 100 ; pas d'acétone ; rares leucocytes ; quelques épithéliums vésicaux ; pas d'éléments rénaux. Quelques cristaux d'oxalate de chaux, peu de cristaux d'acide urique. Cliniquement pas de symptômes diabétiques, ni polydipsie, ni boulimie, ni polyurie, etc.

Après une cure de six semaines à Karlsbad, on constata une régression très rapide des nodosités de xanthome.

L'examen histologique d'une nodosité excisée a donné les résultats suivants : La tumeur consiste en cordons fibreux qui ont pour origine le tissu conjonctif de la peau. La graisse jaune se trouve dans les cellules des cordons fibreux. On ne peut pas constater la présence de cellules de xanthome différant de la base fibreuse. A. Doyon.

Yaws.

Rapport du yaws et de la syphilis (Is yaws syphilis ? Replies to Mr. Hutchinson's questions), par Arthur Powell. *Indian medical Gazette*, octobre 1897, p. 365.

Beaucoup de médecins pensent que le pian, ou yaws, n'est que de la syphilis modifiée par le climat. Hutchinson l'affirme. Powell a observé une épidémie de pian dans les plantations de thé de Cachar ; la maladie, importée en 1890 par un coolie, s'est rapidement étendue et lui a permis d'observer environ 200 cas. Il soutient qu'il s'agit d'une maladie totalement différente de la syphilis.

Il remarque d'abord que M. Hutchinson n'ayant jamais vu un cas de pian, est mal placé pour se faire une opinion personnelle ; que les auteurs récents font tous la distinction ; enfin que l'on ne peut pas s'appuyer sur l'opinion des auteurs anciens écrivant à une époque où l'on confondait le chancre mou avec le chancre dur, où l'on ne distinguait pas la syphilis de la blennorrhagie.

Powell conteste les trois périodes admises par Numa Rat dans l'évolurion du pian.

L'ulcère primitif de Numa Rat n'est qu'une plaie quelconque qui a pu servir de porte d'entrée, mais n'est pas une manifestation de la maladie.

Lui-même (Powell) ne l'a jamais observé, non plus que Charlouis, Paulet, Nicholls, qui ont fait 61 inoculations positives. L'éruption est souvent générale d'emblée ; plus fréquemment, il apparaît au point d'inoculation une papule, puis une tumeur fongueuse ou verruqueuse qui précède de peu l'éruption générale, mais en offre exactement tous les caractères

Cette première lésion est souvent la plus tenace (mama-pian ou mother-yaws). Le chancre induré au contraire n'est jamais verruqueux et guérit généralement plus tôt que l'éruption secondaire.

L'éruption proprement dite de yaws est toujours la même, constituée par des granulomes, des tumeurs saillantes, fongueuses ou verruqueuses, suintantes et croûteuses, guérissant sans laisser de cicatrices, à la différence des syphilides tertiaires qui sont souvent ulcéreuses, et laissent des traces indélébiles. La lésion syphilitique à laquelle les yaws ressemblent le plus est le condylome.

Powell discute minutieusement les observations de Rat relatives aux soi-disant lésions tertiaires du yaws et montre que de l'aveu même de l'auteur, on les observe surtout chez des scrofuleux ou des syphilitiques ; que dans les cas invoqués l'existence antérieure du pian n'est pas démontrée, non plus que l'absence de syphilis ; il croit qu'il s'agit là de tuberculose ou de syphilis tertiaire et que le pian n'a pas de période tertiaire.

Toutes les races peuvent être atteintes et chez toutes la maladie offre les mêmes caractères ; la plus grande fréquence chez les coolies de l'Inde et les nègres aux Antilles s'explique par la facilité plus grande des contagions, et l'auteur donne une description pittoresque mais réaliste d'une salle d'attente de consultation gratuite dans un hôpital indien.

Le yaws n'est pas héréditaire et Powell rapporte des observations d'enfants nés à terme, sains et restés tels, de mère atteintes récemment ou actuellement d'une abondante éruption.

Le yaws peut apparaître chez des syphilitiques anciens ou récents avec ses caractères habituels ; un individu atteint actuellement ou récemment de yaws peut contracter la syphilis qui, dans ce cas, ne présente aucun caractère particulier ; les deux maladies évoluent indépendamment.

Le mercure et l'iodure sont absolument sans effet sur le yaws.

Enfin le yaws ne détermine jamais de lésions buccales ou gutturales.

Le mémoire se termine par une bibliographie étendue. W. D.

NOUVELLES

Le Dr Zelenev, privat docent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, vient d'être nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Kharkov.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT
DES SCLÉRODERMIES EN PLAQUES ET EN BANDES
PAR L'ÉLECTROLYSE

Par le Dr **L. Brocq**,
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

C'est en 1887 que nous avons eu pour la première fois l'idée de traiter par les piqûres électrolytiques les sclérodermies circonscrites.

Obs. I. — Il s'agissait d'un homme de 50 ans environ, vigoureux et obèse, qui présentait au niveau du flanc gauche, partant des lombes en arrière pour se continuer en avant jusqu'à la partie inférieure et antérieure gauche de l'abdomen, un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, une sorte de large bande profondément infiltrée formant à tel point tumeur qu'on l'avait prise en province pour un sarcome et qu'on avait voulu l'enlever. Effrayé de cette proposition, il était venu à Paris, y avait consulté un chirurgien qui avait reconnu quelque chose d'insolite et qui l'avait adressé au regretté E. Vidal. Notre maître porta le diagnostic de sclérodermie en bande zoniforme, et fit entrer le malade au pavillon Gabrielle, hôpital Saint-Louis, dans son service. C'est là que nous eûmes longuement l'occasion de l'observer pendant que nous faisions des remplacements en notre qualité de médecin du Bureau central.

Or tout ce que nous tentâmes échoua complètement, douches, massages, électricité galvanique sous forme de courants continus, emplâtres divers, iodure de potassium à l'intérieur, etc... Le mal ne faisait que s'accroître en surface et en induration ; le malade, désespéré, parlait de quitter le service, lorsque nous eûmes l'idée, en nous appuyant sur ce que nous avions constaté dans les kéloïdes, de faire des piqûres électrolytiques dans les tissus lardacés. Nous les fîmes d'abord un peu fortes, nous servant de courants de 5 à 10 milliampères d'intensité et les faisant passer pendant 15 à 30 secondes : nous eûmes ainsi des destructions assez considérables, des sortes de petits puits de mortification. Dans l'intervalle des séances on recouvrait la partie malade d'emplâtre de Vigo. Il est vrai de dire qu'en même temps le malade prenait de l'iodure et qu'on lui faisait tous les huit jours des séries de pointes de feu sur la colonne vertébrale. Nous répétions les séances d'électrolyse tous les 3 ou 4 jours : mais nous ne faisions que quelques piqûres chaque fois, car le malade les supportait assez mal. Au bout de trois semaines environ de ce traitement il fut évident pour tout le monde que l'affection était enrayée dans sa marche extensive. Quinze jours plus tard elle avait manifestement rétrocédé : les tissus étaient moins

infiltrés, la plaque avait diminué d'étendue, la région antérieure de l'abdomen était dégagée, le malade n'avait plus la sensation de gêne et de raideur, presque d'étau qu'il éprouvait depuis plusieurs mois. L'amélioration continua à se produire graduellement, constatée par notre maître E. Vidal et par M. le Dr Lucas Championnière; mais dès que le malade eut ses mouvements à peu près libres, malgré toutes nos remontrances, il quitta l'hôpital pour retourner dans son pays, et nous le perdîmes de vue.

Remarques. — Telle fut notre première tentative de traitement des sclérodermies circonscrites par l'électrolyse. Elle ne pouvait entraîner la conviction au point de vue de l'efficacité de cette méthode thérapeutique. D'abord ce n'était qu'un fait isolé, et l'on pouvait à la rigueur admettre qu'il n'y avait là qu'une coïncidence.

Puis il faut bien reconnaître qu'en même temps que nous faisions de l'électrolyse, nous appliquions des pointes de feu sur la colonne vertébrale, des emplâtres de Vigo sur le mal, et nous donnions de l'iodure de potassium à l'intérieur. N'était-il pas à la rigueur possible que l'amélioration constatée tînt aussi bien à l'un ou à plusieurs de ces moyens thérapeutiques qu'aux piqûres électrolytiques ? Cependant, dès ce moment, en étudiant la marche qu'avait suivie l'affection, nous fûmes convaincu que l'électrolyse avait joué un rôle actif dans les améliorations observées et nous nous promîmes bien d'employer désormais cette médication dans les autres cas de sclérodermie que nous pourrions avoir à traiter.

Obs. II. — Notre deuxième cas fut celui d'un homme d'une quarantaine d'années atteint depuis plusieurs mois d'une plaque de sclérodermie qui siégeait à la partie latérale droite du cou. Nous lui fîmes deux séances d'électrolyse en lardant la plaque de piqûres séparées l'une de l'autre par des intervalles de 8 à 10 millimètres. Nous le perdîmes de vue au bout de 15 jours de traitement.

Obs. III. — Notre troisième cas fut celui d'une malade du service de M. le Dr E. Besnier, atteinte de plaques de morphée multiples en pleine évolution, chez laquelle nous vîmes toutes les plaques malades rétrocéder à la suite de ces interventions. Mais nous la perdîmes de vue bien avant d'avoir obtenu un résultat définitif.

Obs. IV. — Nous avons présenté à deux reprises en décembre 1890 et en janvier 1892, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, le malade qui constitue notre quatrième cas, et nous renvoyons pour plus de détails à son égard aux Bulletins des séances. Il s'agissait d'une sclérodermie en bandes à marche extensive du bras droit.

Deux séances d'électrolyse en arrêtèrent l'évolution; puis la disparition graduelle et totale de la néoplasie se fit peu à peu avec des particularités sur lesquelles nous allons revenir en exposant et en discutant notre manuel opératoire.

Obs. V. — Femme de 52 ans, bien constituée ; elle vint consulter en mars 1892 pour une plaque de sclérodermie ovalaire à grand axe transver-

sal siégeant sur l'abdomen, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic : ses dimensions étaient d'environ 8 centimètres sur 6. Les téguments étaient fortement infiltrés à son niveau, lardacés, et, quand on les prenait entre les doigts, ils donnaient la sensation d'une tumeur intra-cutanée. Elle était entourée d'une zone légèrement violacée, le centre était d'un blanc mat, par places tirant un peu sur le jaune : il n'y avait pas de varicosités nettement dessinées; la sensibilité était conservée. L'affection avait débuté depuis environ un an sous la forme d'un petit noyau induré dont la malade ne s'était pas inquiétée. Mais, depuis deux mois, lui voyant prendre des dimensions de plus en plus considérables et vraiment assez rapides dans ces derniers temps, éprouvant en outre à son niveau une certaine gêne qui lui rendait de plus en plus difficile le port du corset, elle s'était décidée à demander l'avis d'un médecin.

Nous lui fîmes faire, d'après la technique habituelle, par nos élèves tous les huit jours une séance d'électrolyse. Dans l'intervalle des séances la plaque devait rester couverte d'un morceau d'emplâtre de Vigo : mais cette seconde partie du traitement ne fut exécutée que bien rarement. Il y eut en outre des piqûres malheureuses, pratiquées avec des courants beaucoup trop forts que l'on laissa passer beaucoup trop longtemps et qui furent suivies de cicatrices vicieuses caractérisées par de larges dépressions cupuliformes.

Malgré ces petites erreurs de traitement, il fut manifeste que dès la troisième séance la marche extensive du mal était enrayée. Au bout de la huitième séance la plaque était devenue beaucoup plus souple, la malade n'éprouvait plus aucune sensation douloureuse et elle pouvait mettre son corset sans la moindre gêne. Au bout de la quinzième séance elle se trouva tellement bien qu'elle se crut guérie et cessa de venir. Mais trois mois plus tard elle reparut avec une récidive de son mal ; la plaque avait repris presque complètement son ancien aspect. On lui fit de nouvelles piqûres, et au bout d'une dizaine de séances il ne restait plus d'autre vestige de la maladie que les cicatrices des piqûres électrolytiques trop fortes qu'on lui avait faites par erreur. Depuis lors la guérison s'est maintenue.

Remarques. — Cette observation, qui a été recueillie par les élèves qui suivaient notre policlinique dermatologique de l'hôpital La Rochefoucauld, est des plus remarquables au point de vue de l'action curative de l'électrolyse. Les piqûres enrayent une première fois la marche extensive du mal, le font rétrocéder ; on les cesse trop tôt et la plaque de sclérodermie se reforme; on les reprend, et sous leur influence la plaque de sclérodermie finit par disparaître.

Il est fort difficile, sinon impossible, de nier ici l'action directe de la piqûre électrolytique sur la sclérodermie. L'observation clinique a toutes les allures d'une expérience de laboratoire. Ajoutons que l'électrolyse a été appliquée par plusieurs élèves sans grande expérience, qu'elle a souvent même été fort mal appliquée, puisqu'elle a laissé des cicatrices, ce qui est loin d'être nécessaire, et cependant elle a fini par amener la guérison.

Obs. VI. — Notre sixième cas est tout aussi remarquable que le précédent. Il s'agissait d'un homme vigoureux quoique un peu obèse, âgé de 50 ans, qui vint nous consulter pour la première fois le 15 novembre 1892 à notre policlinique dermatologique de La Rochefoucauld.

Depuis un an, à la suite, disait-il, de violentes émotions, il avait vu se développer sur le tronc, sur les membres supérieurs et inférieurs, de nombreuses plaques de sclérodermie. Il y en avait 22. Elles étaient toutes on ne peut mieux caractérisées par leur aspect d'un blanc jaunâtre parfois un peu violacé, par l'infiltration des tissus à leur niveau et leur consistance lardacée, par l'anneau lilas périphérique, par leur forme parfois arrondie, parfois un peu irrégulière, mais surtout ovalaire. Les plus remarquables siégeaient sur l'abdomen où on en voyait une ovalaire, de 9 centimètres sur 6, très fortement indurée, au niveau de laquelle la peau était lisse, légèrement brunâtre, et sur les membres supérieurs, aux avant-bras en particulier qui en étaient comme criblés et où il y en avait plusieurs arrondies, quoiqu'un peu irrégulières, de 5 centimètres sur 6.

Sur la face dorsale des deux pouces, symétriquement placées, se voyaient deux plaques de lichen simplex chronique, uniquement caractérisées par de la lichénification fort accentuée, suite de grattages incessants exercés par le malade en ce point.

Un mois auparavant, on lui avait conseillé de faire sur les points atteints des applications de pommade au salol. Ces onctions avaient été rapidement suivies d'un érythème salolé fort intense dont les traces n'avaient pas encore complètement disparu quand il vint nous voir et qui masquait même l'aspect de certaines des plaques.

A partir du 15 novembre, jour où on lui fit pour commencer quatre piqûres électrolytiques à l'une des plaques de l'abdomen, on lui fit deux fois par semaine des séances d'électrolyse consistant en sept à huit piqûres, chaque fois faites sur les plaques les plus importantes. Entre les séances on recouvrait les parties opérées de rondelles d'emplâtre de Vigo.

Dès la quatrième piqûre, le 27 novembre, on nota une amélioration incontestable : le 1er janvier il fut évident que la marche extensive de la maladie était enrayée et que les plaques semblaient subir un processus régulier de régression. La plupart étaient bien moins indurées : elles tranchaient beaucoup moins comme aspect sur le reste des téguments. Chose remarquable ! ces améliorations s'observaient également au niveau des plaques sur lesquelles on n'avait pas fait de piqûres électrolytiques.

On continua à faire deux séances par semaine, sauf quelques petites interruptions jusqu'au mois de juillet 1893. A cette époque les plaques de sclérodermie avaient pour ainsi dire complètement disparu ; il ne restait à la place qu'elles avaient occupée qu'un aspect cicatriciel de la peau qui y était glabre et comme amincie. En octobre 1893 le malade revint nous voir tout à fait guéri ; malgré la cessation de l'électrolyse il n'y avait pas la moindre trace de récidive.

Remarques. — Cette observation prouve d'abord la réalité de l'action curative de l'électrolyse dans les sclérodermies en plaques.

Mais elle prouve aussi, et de la manière la plus nette, comme nous

l'avions déjà mentionné dans notre communication à la Société de dermatologie à propos de notre quatrième cas, que l'électrolyse n'agit pas seulement au point touché par l'aiguille, mais encore à distance, puisque des plaques qu'on n'avait pas opérées ont disparu comme les autres. Nous reviendrons plus loin sur cette si intéressante particularité.

Obs. VII. — En 1894 nous avons été consulté pour une jeune fille de 17 ans qui présentait à la tempe droite deux petites plaques typiques comme aspect de sclérodermie commençante. Elles étaient assez régulièrement arrondies, quoiqu'un peu ovalaires, la plus grande de 2 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large, la plus petite de 1 centimètre et demi sur 1 centimètre. Après les avoir traitées sans succès pendant environ deux mois par des massages avec une pommade mercurielle et des applications d'emplâtre de Vigo, nous nous décidâmes enfin à faire de l'électrolyse. Deux séances pratiquées à 15 jours d'intervalle suffirent à provoquer une telle amélioration que nous n'en fîmes pas davantage.

Obs. VIII. — Jeune femme d'une trentaine d'années, bien constituée, qui nous fut amenée par un de nos confrères pour une vaste sclérodermie en bandes située à la partie interne de la jambe et de la cuisse droites s'étendant jusqu'au pied et semblant suivre le trajet du saphène interne. Nous lui fîmes immédiatement une séance d'électrolyse et nous donnâmes à notre confrère toutes les indications voulues pour qu'il continuât ce traitement. Environ deux mois plus tard cette femme revint nous voir déjà fort améliorée. Nous ne l'avons plus revue.

N. B. — Nous avons été consulté par plusieurs autres malades, atteints soit de sclérodermies en bandes des membres inférieurs, soit de sclérodermies en plaques, auxquels nous avons conseillé l'électrolyse et que nous avons opérés une ou deux fois. Nous n'en parlons pas, car ou bien nous les avons perdus de vue, ou bien la médication n'a pas été continuée.

Obs. IX. — Nous n'insistons pas sur ce cas, car nous l'avons déjà présenté en avril 1896 à la Société de dermatologie avec notre excellent confrère et ami M. le Dr Veillon. Nous nous bornons à relever ici ce qui a trait à l'emploi de l'électrolyse chez cette enfant, car ce point a été négligé dans notre communication. Lorsque la petite malade vint nous voir pour la première fois, elle présentait, avec quelques lésions au début sur l'abdomen, une assez vaste plaque de sclérodermie en bande partant du gros orteil gauche et remontant de là le long de la face dorsale du pied, et de la face antérieure de la jambe, jusqu'au tiers supérieur de la face antéro-interne de la cuisse. La maladie évoluait avec la plus grande rapidité, puisque ces lésions s'étaient produites en moins d'un mois. Nous la soumîmes à l'action de l'électrolyse, et malgré la difficulté de l'application d'un pareil traitement qui est douloureux pour une petite fille de 7 ans et demi, il nous sembla pendant plus d'un mois qu'il y avait de l'arrêt dans la marche en avant de la maladie, et même un certain assouplissement des téguments en quelques points du pied et de la jambe. Mais des plaques nouvelles se montrèrent en d'autres régions du corps : nous ne voulûmes pas

continuer une médication aussi difficile et nous envoyâmes l'enfant dans un service d'électrothérapie pour la soumettre à l'action des courants continus et de l'électricité statique. Il nous sembla que dès qu'on eut suspendu l'électrolyse la marche extensive de la maladie se précipita avec beaucoup plus de rapidité.

Remarques. — Cette observation ne peut pas prouver grand'chose au point de vue thérapeutique. Elle démontre cependant que le traitement des sclérodermies par l'électrolyse peut présenter de fort grandes difficultés d'application chez les enfants, ou chez les personnes par trop pusillanimes.

Elle semble prouver en outre, mais ce point est un peu douteux, car jamais l'électrolyse n'a été faite sérieusement dans ce cas, qu'il y a des sclérodermies en bandes ou en plaques à marche rapide et extensive sur lesquelles l'électrolyse ne paraît pas avoir d'efficacité.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous employons pour traiter les sclérodermies par l'électrolyse des procédés analogues à ceux que nous utilisons pour la destruction des poils (voir nos nombreux articles sur ce sujet). Le malade tient à la main le pôle positif formé par un cylindre métallique recouvert de peau de chamois, et imbibé d'eau légèrement salée; le pôle négatif avec lequel on agit sur la néoplasie est constitué par une fine aiguille droite en platine iridié sur la tige de laquelle on a placé avant l'opération un arrêt en cire à cacheter à une hauteur correspondant à peu près à la profondeur maximum à laquelle on veut faire pénétrer la pointe de l'aiguille. La pose de cet arrêt est tout ce qu'il y a de plus simple : il suffit de chauffer le bout d'un bâton de cire à cacheter, puis de le mettre en contact avec la partie de l'aiguille sur laquelle on veut poser l'arrêt; on imprime alors à l'aiguille un mouvement de rotation, grâce auquel un petit fragment de cire s'enroule autour de la tige de l'aiguille. Quand elle a refroidi, la cire adhère parfaitement.

Nous préférons de beaucoup ces arrêts improvisés et que nous pouvons placer suivant les cas à des hauteurs différentes sur une aiguille donnée, aux arrêt fixes en métal que nous demandions autrefois au constructeur de placer sur l'aiguille. Nous pouvons ainsi varier suivant les sujets la longueur active de l'aiguille, et l'aiguille est moins chère, plus facile à construire et meilleure de qualité.

Dans la technique de la destruction des poils par l'électrolyse nous insistons beaucoup sur la nécessité qu'il y a pour le malade à faire passer lui-même le courant, afin que l'opérateur puisse introduire exactement dans l'infundibulum pilaire l'extrémité de l'aiguille non chargée d'électricité (voir notre dernier mémoire de 1897, *Annales de*

dermatologie, pour de plus amples détails). Quand il s'agit de traiter une sclérodermie, les conditions ne sont plus les mêmes. Il serait assez juste de dire qu'elles sont presque inverses ; car, lorsque le malade n'est pas trop pusillamine, il vaut mieux opérer avec une aiguille chargée d'électricité ; elle pénètre beaucoup plus facilement dans les tissus à la profondeur voulue, et nous n'avons pas ici à nous inquiéter de la place exacte que doit occuper dans un infundibulum pilaire la pointe de cette aiguille: on peut la placer en un point quelconque de la plaque.

Si donc le sujet est assez courageux, ou si l'on opère avec des courants de faible intensité, de 1 milliampère à 2 milliampères et demi, on peut fixer le pôle positif sous la forme d'une plaque ou d'un bracelet en un point quelconque du corps, on opère ainsi avec l'aiguille chargée d'électricité. Si au contraire le sujet est pusillanime, ou si l'on veut employer des courants relativement intenses, de 3 à 8 milliampères, il est préférable d'agir comme pour l'électrolyse des poils et de dire au malade de prendre progressivement peu à peu le pôle positif formé par un cylindre ou par une plaque métallique sur laquelle il pose progressivement les doigts et la main. On pourrait aussi avoir un aide et lui faire tourner lentement la manette de la machine électrique en partant du zéro jusqu'à ce que le courant ait l'intensité voulue, ou bien encore se servir de la bascule rhéostatique de Trouvé ; mais tous ces procédés sont un peu compliqués.

Quand on fixe avec un lien le pôle positif à la surface des téguments, on peut, lorsqu'il s'agit d'une sclérodermie en plaques unique, l'appliquer près de cette plaque et limiter ainsi l'action du courant électrique. Mais quand le sujet est atteint de sclérodermie en plaques multiples ou en bandes, il est (théoriquement au moins) bien préférable de l'appliquer assez loin pour que l'organisme subisse l'action curative du courant. C'est ce que l'on obtient tout naturellement en faisant prendre à la main le pôle positif figuré par une plaque ou par un cylindre. Les observations qui précèdent montrent en effet que les parties des sclérodermies en bandes qui ne sont pas directement touchées par les piqûres électrolytiques guérissent avec presque autant de rapidité que celles sur lesquelles on agit. Elles prouvent même que des plaques sclérodermiques peuvent disparaître sans être directement touchées par l'électrolyse chez des sujets atteints de plaques multiples quand on traite par les piqûres électrolytiques les plaques les plus volumineuses.

L'introduction de l'aiguille présente souvent ici d'assez sérieuses difficultés, tout comme dans les kéloïdes. Il arrive que des opérateurs novices cassent ou tordent leurs aiguilles sans pouvoir les faire pénétrer. Il faut aller lentement, progressivement, en imprimant au cylindre de l'aiguille (lequel doit être taillé à facettes, — voir nos tra-

vaux sur la destruction des poils) un mouvement de rotation sur son axe. Si, malgré ce mouvement de rotation, l'aiguille ne veut pas pénétrer, il faut combiner ce mouvement avec le passage d'un courant électrique; quelque faible qu'il soit, il permet toujours à l'aiguille d'entrer dans les tissus quelque indurés qu'ils puissent être. Il va de soi que plus le courant est fort, plus la pénétration est facile.

D'après les faits que nous avons observés, il nous paraît utile de limiter l'action directe de l'électrolyse aux tissus malades, ce qui veut dire qu'il nous a semblé mauvais que l'aiguille fût en contact avec les tissus sains périphériques. Chez le malade que nous avons présenté en 1892 à la Société de dermatologie, nous avons cru devoir rapporter diverses indurations persistantes des tissus à l'action de l'électricité sur les tissus sous-jacents indemnes. Il importe donc, quand on place l'aiguille, de ne la mettre en rapport qu'avec les tissus infiltrés.

Pour cela, quand il s'agit de sclérodermies fort épaisses, il faut en apprécier approximativement la profondeur, et mettre l'arrêt de cire sur la tige de l'aiguille à une distance de la pointe correspondant à peu près au degré d'infiltration des tissus. On n'a alors qu'à faire pénétrer l'aiguille perpendiculairement à la surface des téguments, et l'on est ainsi assuré de ne pas aller trop loin. — S'il s'agit au contraire de sclérodermies en plaques au niveau desquelles la peau est peu indurée, il est préférable d'introduire l'aiguille obliquement de façon à lui faire suivre un trajet intradermique plus ou moins considérable suivant les cas et presque parallèle à la surface des téguments. On agit ainsi à chaque piqûre sur une bien plus grande étendue, et on court beaucoup moins de risques d'intéresser des tissus sains que si l'on fait des piqûres perpendiculaires.

L'intensité des courants que l'on emploie doit varier : 1° suivant les sujets, 2° suivant l'infiltration des tissus.

1° *Suivant les sujets.* Nous renvoyons pour l'étude détaillée de ce point à nos travaux sur l'électrolyse des poils : bornons-nous à indiquer que chez les enfants on ne peut agir qu'avec des courants très faibles, de 1/2 milliampère à 2 milliampères environ, que chez certains sujets pusillanimes on ne peut guère dépasser ces intensités, que chez des sujets courageux ou à sensibilité peu développée nous avons pu au contraire employer des intensités de 5 à 10 milliampères.

2° *Suivant l'infiltration des tissus.* Quand les tissus sont très épais, profondément infiltrés et indurés, il est nécessaire de faire passer le courant beaucoup plus longtemps pour obtenir les effets utiles; d'ailleurs on est obligé dans ce cas d'employer un bien plus grand nombre d'éléments pour avoir la même intensité de courant que lorsqu'on opère sur des peaux fines : la résistance des tissus au passage de l'électricité est alors assez considérable. Quand il s'agit

au contraire de plaques minces et peu infiltrées, on a besoin de beaucoup moins d'éléments pour avoir l'intensité voulue, et les effets utiles s'obtiennent avec beaucoup plus de rapidité.

Dès que l'aiguille est bien en place et que le courant passe, on voit se produire autour du point d'implantation des phénomènes des plus remarquables. Tout d'abord les téguments prennent une teinte d'un blanc mat un peu jaunâtre : cette teinte se produit par des séries de sortes d'irradiations brusques, figurant des éclatements successifs et de plus en plus étendus, s'irradiant dans les tissus voisins en partant du point d'implantation de l'aiguille. Cette zone blanchâtre périphérique a une étendue qui varie suivant l'intensité du courant, suivant le temps pendant lequel il passe, suivant le degré d'infiltration des tissus, et suivant le sujet. On peut dire qu'avec un courant de 3 milliampères d'intensité passant pendant 15 secondes, elle offre un rayon moyen de cinq millimètres dans une plaque ordinaire de sclérodermie.

Peu à peu tout contre l'aiguille se produit un dégagement de bulles de gaz, puis de la mousse et enfin un tout petit halo un peu brunâtre indiquant que les tissus qui sont directement en contact avec l'aiguille commencent à être décomposés ; cet instant coïncide avec la formation d'une zone blanchâtre périphérique de 5 millimètres environ de rayon. D'après nous, c'est le moment précis où il faut cesser de faire passer le courant et retirer l'aiguille : puis on fait une deuxième piqûre, et ainsi de suite.

Ici, comme pour les kéloïdes, comme pour l'électrolyse des poils, nous croyons qu'il ne faut jamais faire deux piqûres assez rapprochées l'une de l'autre pour que les deux cercles de destruction deviennent tangents. Il nous a paru qu'aux endroits ainsi décomposés la peau s'indurait parfois secondairement : d'autres fois il restait de profondes cupules de destruction indélébiles après la disparition complète de la sclérodermie.

Pour pratiquer une deuxième piqûre il nous semble préférable, d'après ce que nous avons observé, d'introduire l'aiguille dans les téguments à une distance telle de la première piqûre que la zone blanchâtre nouvelle qui se produira autour d'un nouveau point d'implantation devienne juste tangente à la zone blanchâtre qui s'est formée autour de la première piqûre, et ainsi de suite, de telle sorte qu'une plaque pour être complètement opérée doit avoir pris à la fin de la séance un aspect d'un blanc mat dans sa presque totalité. Les distances qui sépareront les piqûres seront un peu variables suivant l'intensité des courants employés et suivant la résistance des tissus : cependant on peut dire qu'en moyenne quand on se sert, comme nous l'avons indiqué, de courants de 3 milliampères d'intensité passant pendant 10 à 15 secondes, les piqûres doivent être distantes d'environ 8 à 12 millimètres.

Quand on n'enfonce pas les aiguilles perpendiculairement à la surface des téguments, mais obliquement, comme nous avons recommandé de le faire dans les cas de sclérodermie peu épaisse, les différents trajets de l'aiguille dans les tissus morbides doivent autant que possible être parallèles entre eux. Cette règle se déduit tout naturellement de ce qui précède. Il nous a semblé que dans les sclérodermies nous n'avions pas avantage à détruire profondément le tissu morbide en croisant et recroisant en un ou plusieurs points de la tumeur les trajets de l'aiguille électrolytique.

Comme nous l'avons indiqué dans notre communication de janvier 1892 à la Société de dermatologie, nous croyons au contraire que dans le traitement des sclérodermies en plaques et en bandes il ne faut pas s'attacher à détruire le tissu morbide : il faut faire passer le plus possible d'électricité dans une surface cutanée donnée en détruisant le moins possible, et pour cela il faut cesser de faire passer le courant dès qu'on voit apparaître autour de l'aiguille des symptômes de mortification des tissus, et faire le plus grand nombre de piqûres qu'on le peut.

Il est certain que lorsque les malades présentent de nombreuses plaques de sclérodermie, ou bien lorsqu'ils ont une sclérodermie en bande fort étendue, on ne peut guère en une seule séance agir directement sur toutes les surfaces atteintes. On fait dans ce cas autant de piqûres que le permettent le temps dont on dispose et la résistance du sujet. L'expérience nous a prouvé, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il n'était pas nécessaire d'agir directement par l'électrolyse sur toute l'étendue du tissu sclérodermique pour en obtenir la guérison. Il se produit des actions à distance qu'il doit être probablement fort difficile de préciser, mais dont la réalité est surabondamment prouvée par leurs effets.

Quand la séance est terminée, nous faisons une lotion à l'alcool camphré ou à l'alcool au sublimé au 500e, puis nous recouvrons les plaques sclérodermiques d'un morceau d'emplâtre rouge d'E. Vidal ou d'emplâtre de Vigo que nous changeons toutes les 24 heures. Il faut, autant que possible que les points malades soient tenus à l'abri de toutes les irritations locales d'origine externe.

On refait une nouvelle séance quand les petites modifications consécutives aux piqûres électrolytiques semblent être guéries. C'est d ordinaire tous les huit jours qu'on opère une même région lorsque les piqûres ont été faites ainsi que nous l'avons indiqué. Mais lorsqu'on n'a touché dans une séance qu'une certaine étendue d'une sclérodermie en bande, ou bien lorsque le malade présente des plaques multiples, on peut répéter les séances beaucoup plus souvent, puisque l'on peut couvrir de piqûres en une seule fois toutes les régions atteintes. Il faut prendre garde cependant à ne pas fatiguer le sujet par des opérations trop fréquentes, et d'autre part nous avons déjà dit

qu'il est inutile d'agir directement sur toute l'étendue des lésions. Il faut donc savoir se borner et il est impossible à cet égard de poser de règles précises : c'est affaire de tact et d'étude du cas particulier que l'on a à traiter.

Si l'on se conforme aux préceptes que nous venons de formuler, il ne peut survenir aucun accident pendant ou à propos de l'opération. Les destructions trop considérables, les cicatrices vicieuses ou les indurations consécutives tiennent à ce que l'on a pris des courants trop intenses, ou bien à ce que l'on a laissé passer l'électricité trop longtemps et qu'on n'a pas surveillé les phénomènes qui se passent autour de l'aiguille. Il ne se produit pour ainsi dire jamais d'hémorrhagie : il faudrait pour cela que l'on fît pénétrer l'aiguille au loin dans les tissus sains. La même fausse manœuvre pourrait provoquer, ce nous semble, comme nous l'avons déjà dit, des infiltrations assez notables des téguments.

RÉSULTATS OBTENUS

D'après notre expérience personnelle, nous croyons que le courant électrolytique exerce une action curative réelle sur les sclérodermies en plaques et en bandes.

Au bout de deux ou trois séances nous avons presque toujours vu la marche extensive de la maladie enrayée. Il semble que, dès qu'elle a subi l'action du courant, elle cesse d'augmenter, et qu'elle a même une certaine tendance à rétrocéder.

Ce premier résultat s'obtient relativement vite, mais ensuite il est beaucoup plus malaisé d'arriver à la disparition totale du mal. La rétrocession des plaques ne se fait qu'avec beaucoup de lenteur, parfois d'une manière progressive, parfois au contraire avec des périodes plus ou moins longues d'arrêt. Il nous paraît bien difficile de dire s'il est utile pendant les semaines et les mois que dure ce processus de continuer d'une manière régulière les séances d'électricité, ou s'il convient de les espacer et de n'en refaire que lorsque l'amélioration graduelle semble s'arrêter dans sa marche. L'expérience ultérieure et l'observation minutieuse de nombreux malades pourront seules préciser ces points de pratique.

Il nous a semblé que les pansements avec de l'emplâtre rouge d'E. Vidal ou avec du Vigo dans l'intervalle des séances d'électricité facilitaient la résolution des plaques de sclérodermie. Il serait logique d'essayer les emplâtres à l'acide chrysophanique qui sont, comme on le sait, fort efficaces contre les kéloïdes, mais nous n'avons pas encore eu besoin d'y avoir recours, et les propriétés fort irritantes de ce produit sont tellement ennuyeuses en pratique que nous ne l'employons d'ordinaire que lorsque les autres moyens ont échoué.

En somme, sauf dans notre neuvième cas, où il s'agissait de sclérodermies multiples à marche extensive chez un enfant à santé délicate

et chez lequel nous avons très vite abandonné la médication, nous avons toujours réussi à modifier heureusement et même à faire disparaître par l'électrolyse les sclérodermies en plaques et en bandes.

S'agit-il dans ces huit cas de simples coïncidences ? ou faut-il vraiment admettre que l'électrolyse ait une action curative?

L'objection de coïncidences possibles vient tout naturellement à l'esprit du dermatologiste qui entend parler pour la première fois du traitement de la sclérodermie en plaques par l'électrolyse. On sait en effet que cette affection peut rétrocéder spontanément sans aucune intervention thérapeutique, et M. le Dr Hallopeau, lors de notre communication de 1892, a cité trois cas de sclérodermie qu'il avait traités par l'électrolyse, qui avaient guéri, mais dans lesquels il croyait cependant que l'action de l'électricité avait été nulle.

Malgré la réelle difficulté qu'il y a à affirmer l'efficacité d'une médication dans de semblables maladies, nous croyons que l'analyse minutieuse des observations précédentes ne peut laisser aucun doute au point de vue de l'action curative de l'électrolyse.

Si nous reprenons en effet les cas I et IV, nous voyons qu'il s'agissait de malades atteints de sclérodermies en bandes volumineuses, des plus rebelles, ayant résisté jusqu'alors à toutes les médications employées, en voie d'extension constante depuis plusieurs mois jusqu'au moment où l'on commença l'électrolyse. Or, dès les premières séances tout se modifie : la maladie loin de continuer à s'aggraver s'arrête dans sa marche extensive, puis rétrocède peu à peu. Dans notre cinquième cas il s'agit, il est vrai, d'une sclérodermie en plaques, dont la guérison spontanée est fréquente : après une première série de séances on croit que la guérison est complète, on cesse la médication : au bout de quelques mois la plaque s'est reformée, on recommence l'électrolyse, et de nouveau la maladie disparaît cette fois d'une manière définitive. Il nous semble difficile de nier dans ce cas l'action curative directe de l'électrolyse, ou bien, comme nous le disions dans notre communication de 1892, c'est la négation même de la possibilité de jamais présenter un résultat thérapeutique.

Malgré la récidive à courte distance dont nous venons de parler et qui s'est produite dans notre cinquième cas, nous croyons pouvoir poser en fait que l'action curative de l'électrolyse dans la sclérodermie est une action à longue distance : c'est-à-dire que lorsqu'on a par quelques séances obtenu l'arrêt de la marche extensive du mal et un peu de diminution, on peut interrompre pendant un temps relativement assez long (c'est-à-dire pendant quelques semaines) la médication sans que la maladie reprenne immédiatement sa marche extensive. Ce fait d'observation, s'il était bien établi, conduirait d'après nous à régler le traitement des sclérodermies en plaques et en bandes de la manière suivante ; une première série assez rapprochée d'opérations électrolytiques, puis, dès que l'amélioration devient manifeste,

ne plus faire que des opérations assez rares. En effet, dans notre quatrième cas une interruption de deux mois de traitement après la dixième séance n'a été suivie d'aucune aggravation.

Mais ce point ne nous paraît pas cependant définitivement fixé : nous avons vu que dans notre cinquième cas la maladie abandonnée un peu trop tôt à elle-même avait repris sa marche en avant relativement vite. Il est probable qu'il faudra tenir compte en pratique des sensibilités individuelles et des réactions à l'action électrolytique particulières à chaque cas. Néanmoins un premier fait est constant, c'est qu'il y a des malades chez lesquels l'action curative de l'électrolyse se fait sentir pendant plusieurs semaines après la dernière opération.

Un deuxième fait des plus remarquables ressort également de l'étude de nos cas ; nous l'avons déjà mis en relief : c'est que l'électrolyse n'agit nullement par ses effets caustiques ou destructifs : elle agit à distance, amenant la disparition des parties des sclérodermies en bandes que l'aiguille n'a pas directement touchées, amenant même chez les sujets atteints de plaques multiples la résorption de plaques sur lesquelles l'électricité n'a pas agi directement.

Par contre, il semble que lorsqu'on détruit trop les tissus à chaque piqûre les résultats ne soient pas meilleurs au point de vue de la disparition de la maladie, et il reste des cicatrices : si l'on touche les tissus sains, il semble même que l'on provoque dans quelques cas des infiltrations périphériques.

Il en résulte que l'aiguille électrolytique doit ici, comme dans la destruction des poils, être dans une certaine mesure une aiguille intelligente, et c'est pour cela que nous rejetons complètement dans la plupart des cas l'usage des peignes électrolytiques. Certes, quand il s'agit de plaques fort infiltrées, fort étendues, on peut à la rigueur pour commencer en faire usage, mais il est certain qu'avec cet instrument on agit beaucoup plus à l'aveugle que lorsqu'on n'emploie qu'une aiguille isolée. Ajoutons qu'à moins d'avoir des peignes électrolytiques peu volumineux et relativement étroits, il faut en modifier la forme et l'étendue suivant les cas particuliers que l'on a à traiter.

En résumé, les faits que nous avons relatés plus haut nous paraissent démontrer l'action thérapeutique manifeste de l'électrolyse sur les sclérodermies en plaques et en bandes. C'est une médication qui n'offre aucun danger, et qui ne pourrait avoir d'autre inconvénient que de rester inefficace, on est donc autorisé à la recommander dans ces cas. Il nous semble qu'on doit la combiner avec des applications d'emplâtres hydrargyriques faites pendant les intervalles des séances. Il reste encore à déterminer d'une manière précise les doses exactes d'électricité que l'on doit faire passer à chaque séance suivant les cas, et les intervalles qui doivent exister entre les séances.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1898

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Correspondance manuscrite. — A l'occasion du procès-verbal.— Note au sujet de deux malades présentés à la précédente séance, par M. HALLOPEAU. — Note sur un cas de mycosis fongoïde par MM. HALLOPEAU et BARTHÉLEMY. (Discussion : MM. BROCQ, HALLOPEAU et LEREDDE.) — Ulcération de nature inconnue, par M. G. BAUDOUIN. (Discussion : M. RENAULT.) — Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde, par M. EUDLITZ. (Discussion : MM. BESNIER, DU CASTEL, JACQUET, BROCQ, FOURNIER et BARTHÉLEMY.)— Syphilis récidivée, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. RENAULT, BROCQ, GALEZOWSKI.) — Taches pigmentaires variqueuses nævifomes, par MM. GASTOU et EMERY. — Abcès froids sous-cutanés multiples, par MM. GASTOU et EMERY. — Deux cas de syphilis héréditaire avec lésions osseuses multiples et exostose médio-palatine, par M. G. THIBIERGE. — Déformation du tibia en lame de sabre, probablement d'origine hérédo-syphilitique, par M. FRANÇON. (Discussion : MM. THIBIERGE et FOURNIER.) — Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux, par M. G. THIBIERGE. — Syphilide tuberculeuse atténuée comme type, par M. FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive chez deux frères, par M. FOURNIER. (Discussion : MM. BESNIER MOREL-LAVALLÉE, DU CASTEL, BARTHÉLEMY.) — Sur une poussée aiguë de pityriasis rubra pilaire avec érythrodermie exfoliatrice généralisée, par M. HALLOPEAU. — Sur la localisation et le développement anormal de syphilides érythémateuses et papuleuses autour de chancres indurés, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, HALLOPEAU.) — Traitement d'un psoriasis par les injections hypodermiques de suc testiculaire, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. THIBIERGE.) — Dermatite exfoliatrice hydrargyrique généralisée par intoxication mercurielle d'origine digestive. Intégrité de la perméabilité rénale. Epreuve de la glycosurie alimentaire négative, par M. MILIAN. — Erythème polymorphe confluent de type erythémato-papuleux, par MM. DARIER et E. SOTTAS. (Discussion : M. BESNIER). — Tuberculose cutanée améliorée par le traitement mercuriel, par M. DANLOS. — Lupus de la face à nodules miliaires disséminés, par MM. BALZER et MICHAUX. — Lichen plan sur une branche nerveuse, par M. DANLOS. (Discussion : M. THIBIERGE.) — Note additionnelle sur un érythème pigmenté réticulaire, par MM. BALZER et GRIFFON. — Perforation syphilitique précoce de la voûte palatine, par M. DANLOS. (Discussion : M. BESNIER.) — Plaques muqueuses tardives, par M. BARBE.— Sclérodermie diffuse, par M. FAIVRE. — Sur un liomyome solitaire de la peau, par M. AUDRY. — Sur un impétigo herpétiforme du gland, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société

Fournier. *Traité de la syphilis,* rédigé d'après l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis, par Edmond Fournier, t. I.

Richard d'Aulnay et Eudlitz. *Technique des injections mercurielles.*

Correspondance manuscrite

Lettre de M. le Prof. Wolff, de Strasbourg, invitant la Société française de Dermatologie au sixième congrès de la Deutsche dermatologische Gesellschaft, qui aura lieu à Strasbourg les 31 mai, 1er et 2 juin prochain.

Lettres de MM. Lindstrem, Nikolsky et Troisfontaines, remerciant la Société au sujet de leur admission.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Examen histologique d'un épithélioma de la face.

M. Hallopeau. — Une biopsie a été pratiquée par M. Laffitte dans la tumeur de la face que nous avons présentée dans la dernière séance ; les résultats de l'examen histologique fait par notre collègue ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma : ce fait établit que, contrairement à la règle, cette tumeur peut présenter les caractères cliniques que nous avons signalés.

Note sur le cas de polydactylites continues suppuratives présenté à la dernière séance.

M. Hallopeau. — Le malade que nous avons présenté comme atteint de polydactylites continues suppuratives avec infection purulente tégumentaire a succombé ; nous communiquerons dans la prochaine séance la fin de son observation ainsi que les résultats de l'autopsie.

Note sur un cas de mycosis fongoïde.

Par MM. Hallopeau et Barthélemy.

L'histoire de ce malade s'écarte, à certains égards, de la description du type classique. Il s'agit d'un homme de 46 ans, Tiburce Pag..., bien constitué, n'ayant jamais fait de grave maladie bien qu'il ait habité plusieurs années la Cochinchine. Sujet aux fermentations gastro-intestinales, blond, à peau blanche et fine, il a pourtant le teint peu coloré, grisâtre ou jaunâtre. Sa peau est grasse, criblée de comédons, de points noirs d'acné et de séborrhée avec dermographisme rose, plat, rapide et marqué. C'est même à cause de cette acné que le début exact de l'affection a passé

inaperçu du malade, habitué à voir au-devant de son thorax des éruptions indolentes se faire sans cesse depuis longtemps, disparaître, revenir de nouveau, etc. Il remarqua pourtant en 1894, que les taches étaient plus larges, plus violacées, plus ou moins papuleuses, très peu prurigineuses d'ailleurs, ce qui éloignait l'idée d'urticaire récidivante et chronique (ce diagnostic a été porté par le médecin ordinaire du malade, le Dr Maymou, de Gagny). Cet état ne se modifia pas pendant les années 1895 et 1896. A l'érythème ortié, violacé, rosé, sans élevures ni prurit, en placards étendus, mobiles, circinés et hémicircinés, disparaissant et reparaissant tour à tour, vint s'ajouter, au début de l'année 1897, un nouveau symptôme permanent, et pour lequel le malade fut envoyé consulter à Paris en juin ; c'était un groupe d'une vingtaine d'éléments papuleux, de la largeur de très gros pois, d'une coloration rose sombre, livide, tirant sur le violet, peu saillants, plus durs que l'urticaire, plus moelleux que le sarcome ou le syphilome tuberculeux. Ces éléments, formant un groupe ovalaire, de la largeur de la paume de la main, siégeaient dans la région dorsale, en pleine zone médiane.

Le sujet fut présenté par l'un de nous à la séance de juillet 1897 à la Société de dermatologie où les diagnostics de syphilome, de sarcome même, furent éliminés et où le diagnostic proposé de mycosis fongoïde fut accepté par MM. Besnier, Fournier, Brocq et confirmé quelques jours après par M. Leredde.

Le malade fut revu en janvier 1898, et nous l'avons dès lors observé et suivi à l'hôpital Saint-Louis. L'état général est toujours satisfaisant ; mais l'état local s'est accentué au point de vue du nombre et de l'étendue des éléments nodulaires ortiés et qui sont moins rapides à disparaître, reparaissent avec moins d'intervalle et sont plus développés, surtout dans la région thoracique antérieure ; d'autre part, il s'est considérablement aggravé dans la région dorsale où les éléments primitivement isolés les uns des autres ont réalisé leur fusion en augmentant parallèlement toutes leurs dimensions. On peut aujourd'hui constater une véritable tumeur vaste, mamelonnée, de coloration noire, brune ou violacée, présentant les caractères objectifs pathognomoniques du myocosis fongoïde. Il faut toutefois insister sur la localisation de tous ces éléments éruptifs dont aucun ne dépasse le cou et la ceinture. La tumeur n'a pris ce développement rapide que depuis le mois de décembre 1897, sans que le malade puisse assigner à cette augmentation aucune cause apparente.

On peut résumer comme il suit la description de cet état éruptif polymorphe :

Sur la région antérieure du thorax jusqu'à la ligne ombilicale sont disséminées des *taches* d'un rose violacé, à bords irréguliers et à peine saillants, à contours géographiques, mais souvent disposés en arcades hémicerclées, d'étendue fort variable, qu'on peut augmenter par l'excitation et la friction cutanées. Une de ces taches, au-dessus de la mamelle gauche, jusqu'au niveau de l'épaule, forme une véritable plaque, large, irrégulière, aux bords nets et légèrement saillants, veloutée et rénitente comme une plaque d'urticaire.

On observe, de plus, d'autres taches rosées, développées à fleur de peau, comme les premières, mais moins étendues et donnant au toucher la

sensation d'un épaississement, d'une infiltration intra ou même sous-dermique, comme s'il allait se développer une seconde tumeur mycosique. Ces taches et les épaississements sous-jacents sont arrondis et de la dimension d'une pièce de 50 centimes à 1 franc.

Enfin, il faut revenir sur la description de la volumineuse et saillante tumeur mycosique, de l'étendue de la main, ovalaire, inégale, d'une coloration livide, rouge, violacée, ou brune ou pigmentée, et qui occupe maintenant toute la partie moyenne du dos. Cette tumeur est aujourd'hui visiblement formée par la confluence de deux tumeurs inégales, d'abord isolées qui se sont fusionnées après coup, sont mamelonnées comme des tomates avec lesquelles elles ont un certain air de ressemblance. Ces deux tumeurs n'étaient elles-mêmes que l'aboutissant de la vingtaine d'éléments primitifs signalés précédemment. La longueur de la plaque est de dix-sept centimètres; sa largeur est de onze centimètres; sa saillie au-dessus des téguments dépasse deux centimètres et demi. On peut admettre une seule et même tumeur, plus saillante et plus développée dans sa partie droite et inférieure que dans sa partie gauche et supérieure. Sa surface, d'un rouge violacé, est formée de lobules qui sont eux-mêmes composés d'une infinité de petits lobules distincts, polyédriques, agglomérés, larges de 2 à 3 millimètres. Cette vaste tumeur est parfaitement mobile sur le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est entourée d'un soulèvement ortié dans un rayon d'environ un centimètre. Elle commence à s'ulcérer à sa partie inférieure. Au-dessous de cette tumeur, on remarque un placard, adhérent à la tumeur, infiltré, non saillant, d'un rouge violacé dans presque toute son étendue, mais décoloré à son centre.

Enfin, il faut signaler, surtout au niveau de la région dorso-médiane, des altérations folliculaires disséminées, petites nodosités de la même coloration rouge tirant sur le violet, plus ou moins agminées en îlots, et qui paraissent être une lésion mycosique au début.

Nous avons déjà signalé l'étendue de vastes plaques de peau où l'on observe un état accentué de chair de poule et aussi la dilatation des glandes sébacées, aboutissant à des points noirs.

Il faut insister sur ce fait que les démangeaisons sont fort peu prononcées.

On pratique des injections hypodermiques d'arsénite de soude au niveau de la tumeur principale. Le malade prend en outre des bains de sublimé et il applique sur les parties malades une pommade contenant 5 p. 100 d'europhène.

5 février 1898. La saillie de la grosse tumeur a notablement diminué, mais ses dimensions en surface ont un peu augmenté.

Dans la région sous-claviculaire gauche, le groupe de nodosités forme un cercle presque complet d'environ cinq centimètres de diamètre. Ces nodosités sont très consistantes au toucher; l'une est isolée, du volume d'une lentille, les autres sont confluentes et forment comme un bourrelet dont la dimension varie de 8 à 3 millimètres.

On voit, sur le côté gauche de la dernière pièce du sternum, un cercle semblable, mais incomplet, d'environ 15 millimètres de diamètre; de même, sur le côté droit du sternum, un fragment de cercle.

Sur le devant du thorax, au-dessus du mamelon gauche, il faut noter l'existence de plusieurs plaques, plus petites, d'environ 8 centimètres transversalement sur 4 verticalement. On remarque en outre, entre le mamelon et le sternum, une plaque d'un centimètre de large sur trois de long, rubannée ou d'un ovale imparfait, mince et étroite, gaufrée, décolorée, d'apparence cicatricielle, mais n'étant pas une cicatrice, comme le prouve l'existence à la surface d'orifices sébacés dilatés, de saillies pilo-sébacées et même d'un long poil; c'est une zone leucodermique, rappelant un peu l'aspect de certaines morphées anciennes et symptomatologiquement incomplètes ou effacées. Le malade ne connaît pas l'origine de cette lésion; il affirme nettement n'avoir jamais eu, dans cette région, aucune espèce de croûte, d'ulcération ou même d'affection cutanée apparente durable. Il semble qu'une lésion du même ordre commence à se constituer de l'autre côté du sternum presque symétriquement; il faut dire que le phénomène n'est pas encore très marqué, que la peau est moins atteinte que de l'autre côté et que les orifices pilo-sébacés sont simplement dilatés. Cette plaque est entourée par un cercle néoplasique mycosique. Il faut encore signaler l'existence d'une nappe en voie de résorption au niveau de l'aisselle droite. Sont à noter enfin des dilatations variqueuses relativement considérables au niveau des taches, la coloration violacée de ces taches et la persistance de leur limitation, malgré la durée déjà longue de l'affection à la région du tronc sus-jacente à l'ombilic.

En résumé, dans l'état actuel, et après déjà plusieurs années d'évolution, le cas de mycosis fongoïde sur lequel nous attirons l'attention se fait remarquer par les particularités suivantes :

a) Prépondérance extrême dans l'intensité du développement de la tumeur dorsale comparativement aux lésions précordiales presqu'aussi anciennes et restant jusqu'à présent superficielles; diminution relativement considérable et rapide de cette néoplasie ;

b) Polymorphisme des diverses manifestations, depuis les taches érythémateuses, parfois à peine visibles, et les plaques ortiées jusqu'aux néoplasies saillantes et mamelonnées et aux plaques d'infiltration profonde du derme :

c) État dermographique croissant dans les régions envahies ;

d) Adénopathies minimes ;

e) Absence presque complète de prurit ;

(Ces deux derniers faits formant contraste avec ce que l'on observe dans la forme érythrodermique où les adénopathies sont au contraire généralement très développées et les démangeaisons intolérables.)

f) Décoloration de zones cutanées avec apparence de morphée, dilatations des orifices pilo-sébacés, à côté d'autres plaques où existent des dilatations vasculaires relativement très accentuées.

M. Brocq. — Je ne sais si le diagnostic de mycosis fongoïde est abso-

lument établi chez ce malade ; je remarque l'absence de prurit ; la coloration violacée de la tumeur rappelle celle de certains sarcomes.

M. HALLOPEAU. — L'absence de prurit est fréquente dans les tumeurs mycosiques. Le mycosis est une affection excessivement polymorphe ; chacun des vingt cas que j'ai pu étudier depuis 14 ans dans mon service présentait des caractères qui lui étaient propres. Je ne puis admettre ici l'hypothèse d'un sarcome. La propagation des tumeurs par un bourrelet d'apparence ortiée est, d'après plusieurs de nos observations précédentes, tout à fait pathognomonique ; elle n'appartient qu'aux tumeurs mycosiques.

M. LEREDDE. — Le groupe des sarcomes de la peau est à restreindre considérablement ; certains types se rattachent au mycosis. Il ne faut pas oublier qu'en Allemagne cette affection a été longtemps méconnue et paraît l'être encore par beaucoup d'auteurs, et que la plupart des histologistes allemands ont considéré ses lésions comme se rattachant au groupe sarcome. La structure du mycosis est tout à fait différente de celle des sarcomes, et aujourd'hui la confusion n'est plus admissible.

Ulcération de nature inconnue.

Par M. GEORGES BAUDOUIN.

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter, âgée de dix ans, est atteinte d'une lésion de la joue droite sur la nature de laquelle nous serions heureux d'avoir l'avis de la Société. Elle a débuté il y a deux ans par un petit « bouton » rose qui fut traité en ville par des cautérisations et disparut au bout de quelques mois, laissant pour toute trace une petite cicatrice blanchâtre. L'affection paraissait bien définitivement guérie depuis six mois, lorsqu'il y a quinze jours, sous l'influence du froid, au dire de la mère, elle reparut sous forme d'une rougeur, très limitée d'abord, au centre de laquelle se forma rapidement une croûte. Des cataplasmes de fécule firent tomber la croûte, laissant à découvert l'ulcération que vous voyez, irrégulièrement ovalaire, longue de 3 centimètres sur 2 de large, et occupant le centre de la joue dont la plus grande partie est envahie elle-même par une rougeur érythémateuse due à l'irritation produite par les cataplasmes. Les bords de la lésion d'un rouge un peu pâle, sont très légèrement saillants, un peu déchiquetés par places, mais non taillés à pic ni décollés ; le fond, très peu excavé, est un peu inégal, parsemé par places de matières sanieuses, mais nous n'y trouvons pas les véritables grains jaunes si caractéristiques des ulcérations tuberculeuses. Les ganglions du cou correspondants à la région malade sont tuméfiés.

Cette lésion, indolente d'ailleurs, ne nous paraît présenter d'une façon précise, ni les caractères des lésions tuberculeuses, ni ceux des lésions syphilitiques.

Bien que notre enquête, au sujet des antécédents personnels et familiaux de la petite malade, soit loin d'être terminée, nous avons tenu à la montrer à la Société avant que la lésion fût modifiée par un traitement quelconque. Tout ce que nous savons jusqu'ici c'est que cette enfant n'a jamais été malade et, en l'examinant avec soin, nous avons seulement constaté chez elle une otite hyperplasique probablement consécutive à un catarrhe persistant des trompes d'Eustache, et du côté de la vision, un certain degré de strabisme convergent, phénomène que la mère nous dit observer de temps en temps chez ses autres enfants. Une des sœurs de la malade aurait des troubles de la parole sur la nature desquels nous n'avons encore aucun renseignement détaillé. La mère est une femme bien constituée, elle n'a jamais eu de fausses couches, elle n'a perdu qu'un enfant sur six qu'elle a eus, et il est mort du croup.

M. Renault. — Je ne puis penser que cette ulcération soit tuberculeuse ou syphilitique. Elle n'en a aucunement les caractères. Pourquoi ne s'agirait-il pas d'une ulcération banale due par exemple au staphylocoque?

Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde.

Par M. Eudlitz.

J. O..., âgée de 12 ans, est atteinte d'une affection cutanée qui remonte au commencement du mois d'octobre 1897.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. La petite malade n'a jamais eu aucune affection grave antérieure; dans l'enfance elle aurait été sujette à des poussées fréquentes d'urticaire. Elle est réglée depuis le mois de décembre 1897; ses règles sont très abondantes et reparaissent toutes les trois semaines. Sa peau est légèrement dermographique.

L'éruption actuelle est apparue au commencement d'octobre, à la fin d'un séjour à la mer. Le début eut lieu par le thorax et la mère vit apparaître sur le tronc une éruption de taches rouges qu'elle prit pour de la rougeole; l'éruption était légèrement prurigineuse. Le médecin de la famille, M. le Dr Klein, ordonna l'application d'une pommade à l'oxyde de zinc. Ce traitement, suivi régulièrement jusqu'en novembre, n'amena aucun changement. Dans le courant de novembre, j'eus l'occasion de voir la malade pour la première fois. Elle présentait alors une éruption dont les caractères étaient les suivants :

Sur tout le corps on trouvait en très grand nombre une série de macules rosées, des éléments érythémato-squameux en certains points, et des éléments nettement papuleux ou papulo-squameux en d'autres points; le grattage ne faisait pas saigner les papules. Il n'y avait pas de prédominance spéciale de ces divers éléments aux coudes et aux genoux.

Au niveau de la paume de la main on aperçoit deux éléments érythémateux légèrement papuleux; la plante du pied droit était indemne; à la plante du pied gauche, quelques éléments légèrement papuleux semblent apparaître. Au niveau des membres inférieurs, les éléments squameux sont en prédominance. Les muqueuses buccale, anale et vulvaire sont absolument indemnes de toute lésion. Légère adénopathie cervicale à gauche. L'aspect général de l'éruption est absolument syphiloïde.

Malgré l'aspect objectif de l'éruption, et en raison de l'absence de tout antécédent chez cette petite fille que M. Klein connaît depuis sa naissance, j'éloignai le diagnostic de syphilis pour accepter celui de psoriasis.

Quelques jours après ma visite, les parents de la petite malade la montrèrent à M. Besnier qui, en raison de l'aspect des lésions, conseilla de ne faire aucun traitement. Cette conduite fut tenue jusqu'au 13 janvier 1898. A cette époque, l'éruption ne s'était modifiée en rien et les muqueuses, examinées par nous deux fois par semaine, ne présentèrent aucune lésion. A partir de ce jour et avec l'assentiment de M. Besnier, nous fîmes à la petite malade, des applications de glycérolé d'amidon qui ont été continuées jusqu'aujourd'hui, 10 février. L'éruption n'a pas été modifiée quant au nombre des éléments, mais les taches et les papules sont un peu moins rouges. La malade a eu il y a quelques jours une angine catarrhale causée par le refroidissement. Nous nous proposons, si notre diagnostic de psoriasis en gouttes est accepté par la Société, de recourir aux glycérolés cadiques et aux autres modifications de la peau.

M. Besnier. — Les semaines écoulées depuis le moment où j'ai vu cette malade pour la première fois, rendent, pour moi, l'ambiguïté du diagnostic un peu moins aiguë, mais ne la suppriment pas. C'est toujours une éruption de gouttes squameuses, mêlée de macules, qui peut être rapportée soit à une roséole, tachetée de plaques squameuses, soit à un psoriasis en gouttes mélangé à des macules post-psoriasiques.

La monotonie de cette éruption, qui se prolonge au cours de semaines et de mois sans varier, l'absence de toute manifestation syphilitique ferme, autorisent l'hypothèse d'un psoriasis aigu en gouttes, de la série de ceux que l'on observe chez les jeunes sujets, les jeunes filles en particulier, et dont les uns guérissent, tandis que les autres versent dans le psoriasis vulgaire.

M. Du Castel. — J'ai en ce moment dans mon service un jeune homme de 18 ans chez lequel depuis plus de six mois je pense à une syphilis, et que j'ai soumis aux injections de calomel sans aucun résultat. Les lésions cutanées rappellent celles de la malade de M. Eudlitz.

M. Jacquet. — J'ai observé chez une femme, à la suite d'une émotion excessive (tentative de viol), une éruption semblable à celle qui vient de

nous être montrée. Au point de vue objectif il s'agissait rigoureusement de syphilis, mais je n'ai pu démontrer l'existence de celle-ci par aucun autre signe.

M. Brocq. — Depuis six mois je tiens en observation une malade analogue à celle de M. Eudlitz, couverte d'éléments plus petits mais identiques. J'ai pensé chez elle aux affections parakératosiques décrites par Unna, Pollitzer comme voisines du psoriasis et que j'ai étudiées dans une leçon clinique. Le traitement mercuriel m'a donné des résultats incertains et décidément j'élimine la syphilis.

M. Darier. — Le mot parakératose n'a de sens que suivi d'une étiquette qui en précise la variété. La parakeratosis variegata est une affection bien différente de celle que présente le malade que nous avons sous les yeux.

J'ai vu plusieurs fois des individus atteints d'éruptions semblables.

En réalité la malade de M. Eudlitz ne présente pas une affection polymorphe ; on constate chez elle des taches de psoriasis et des macules.

M. Barthélemy. — Je constate chez cette enfant l'existence de ganglions cervicaux tuméfiés et dans le doute je donnerais le traitement spécifique, malgré l'aspect psoriasiforme de l'affection.

M. Fournier. — Ce cas est tout à fait embarrassant, et au point de vue médico-légal d'une difficulté excessive. Je donnerais également le traitement d'épreuve.

M. Du Castel. — Mais si, au cours du traitement, l'affection venait à disparaître, M. Fournier affirmerait-il la syphilis ?

M. Fournier. — Tout dépend de la manière dont l'éruption disparaîtrait, rapidement, ou lentement.

M. Darier. — Mais dans des cas de psoriasis traités par le calomel et l'oxyde jaune, sur une série de trente malades j'ai observé deux fois une disparition excessivement rapide.

M. Besnier. — En raison du doute qui subsiste et de la tendance régressive qui paraît se produire, mon impression me porterait à attendre encore un peu, à continuer l'observation, et à avoir, d'abord, recours à une médication antipsoriasique externe.

Syphilis récidivée.

Par M. Du Castel.

Le 22 janvier dernier, entrait salle Cazenave, nº 62, le nommé Louis M..., plombier, âgé de 33 ans. C'est un homme d'une bonne santé ordinaire ; les accidents, pour lesquels il venait demander mes soins, avaient débuté

un mois environ auparavant. Vers le milieu de décembre, notre malade avait constaté la présence, dans le sillon balano-préputial, d'une écorchure (pour employer son expression); au niveau de cette écorchure, une induration se forma dans les jours qui suivirent; vers le milieu de janvier, des taches se sont montrées sur la peau.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, je constate, dans la partie gauche du sillon balano-préputial, l'existence d'une ulcération; cette ulcération est sans profondeur, de couleur rouge assez foncé, couverte de quelques bourgeons peu volumineux, elle tend déjà à la cicatrisation. Cette ulcération est ovalaire, légèrement allongée dans le sens du sillon; elle est coupée en deux parties sensiblement égales par celui-ci ; elle est en volet, pour employer l'expression classique.

La petite plaie repose sur une base inflammatoire présentant au palper une induration chondroïde; le nodule d'induration forme dans l'épaisseur du prépuce une petite masse demi-circulaire qui bascule comme le cartilage tarse de la paupière, quand on tire le prépuce en arrière.

Dans l'aine gauche, plusieurs ganglions lymphatiques sont augmentés de volume, durs ; ils ne sont pas douloureux à la pression.

Le tronc, principalement au niveau de la région thoraco-abdominale, présente un nombre assez considérable de taches rouges, sans saillie, de forme irrégulière, crénelées, disparaissant momentanément sous la pression du doigt. Des taches semblables existent sur les membres, mais moins nombreuses. Cette éruption offre, en un mot, tous les caractères de la roséole syphilitique.

Il n'y a ni céphalée, ni éruption des muqueuses.

Le malade raconte qu'il n'a été en relations avec aucune femme depuis le 1er novembre 1897. Ce jour-là, après avoir cultivé plus que de raison la bouteille, il fut avec une femme de mœurs très légères ; mais il se déclare incapable de nous dire le nom, ni l'adresse de celle-ci, tellement il avait en ce moment les idées obscurcies par l'abus qu'il avait fait de l'alcool.

Mon diagnostic est sans hésitation formulé : syphilis récente, chancre syphilitique, roséole. Ce diagnostic a été aussi, je dois le dire, celui de plusieurs de mes collègues, entre autres du professeur Fournier, à qui j'ai montré le malade.

Vous vous demandez sans doute pourquoi je vous présente un fait aussi simple de syphilis ; voici la raison de ma présentation.

A peine avais-je posé mon diagnostic que M... me déclare que je l'ai soigné autrefois pour la vérole. En 1892, il est entré à l'hôpital Saint-Louis dans mon service ; il y venait pour être traité d'un chancre occupant le sillon balano-préputial ; ce chancre s'accompagnait de glandes dans l'aine ; mon diagnostic fut sans hésitation celui de chancre syphilitique.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, environ un mois après l'apparition du chancre, de petits boutons avec croûtes se montrèrent un peu partout sur le tronc et les membres. Cette éruption a laissé des cicatrices lisses, blanches, superficielles dont les apparences rappellent bien celles de cicatrices consécutives à une syphilide érosive, comme vous pouvez le voir.

Pendant le séjour de M... à l'hôpital, l'infirmier du service lui brûla à plusieurs reprises des plaques muqueuses de la gorge d'abord, des lèvres ensuite.

Le traitement consista en l'administration de pilules de protoiodure, en soins de propreté minutieux de la bouche, en attouchements des plaques muqueuses avec le crayon de nitrate d'argent.

Notre malade, s'il faut en croire ce qu'il nous raconte et ce que nous voyons aujourd'hui, en serait donc à son second chancre, à sa seconde roséole, à sa seconde syphilis.

Avant d'admettre un fait aussi exceptionnel, il serait bon d'avoir autre chose qu'une simple narration de malade malgré la netteté et la précision des faits rapportés par le nôtre, malgré l'existence à la surface du corps de ces petites cicatrices dont les aspects sont bien ceux des cicatrices consécutives aux syphilides érosiv s.

J'aurais voulu retrouver dans mes observations une note détaillée permettant d'établir d'une façon positive l'exactitude des faits racontés par le malade comme s'étant passés au cours de son séjour à l'hôpital; je n'ai malheureusement rien retrouvé à cet égard, pas même le diagnostic inscrit sur la pancarte à la sortie du malade.

Heureusement il n'en est pas de même pour les faits qui se sont passés ultérieurement.

Le 4 mars 1896, le malade rentrait de nouveau dans mon service pour une iritis syphilitique, et y séjournait jusqu'au 1er avril; il fut traité par les frictions mercurielles. J'ai pu retrouver une note écourtée prise par un externe de mon service au moment de l'entrée du malade à l'hôpital; elle porte :

Chancre en 1892 (soigné par M. Du Castel). Plaques muqueuses; sorti de l'hôpital, a eu une éruption (?) dont il reste aujourd'hui de petites cicatrices blanches, lisses, non pigmentées. Probablement syphilides érosives.

Actuellement entre pour céphalalgie atroce nocturne, conjonctivite avec iritis à gauche. Douleurs principalement du côté gauche, unilatérales (conjonctivite vulgaire ?). Diagnostic : syphilis, conjonctivite, iritis. Ce n'est évidemment pas là une observation détaillée ; ce n'est même pas une observation écourtée dictée par moi; ce sont les notes prises par l'externe du service avant ma visite; mais telles qu'elles sont, elles constituent, je crois, dans la question un document important. Les quelques points d'interrogation placés sur la note me semblent indiquer seulement la réserve d'un élève attendant l'opinion de son chef pour conclure d'une façon définitive.

Le malade fut soumis au traitement par les frictions mercurielles ; sa feuille de sortie porte inscrit le diagnostic : syphilis. Depuis cette époque, le malade n'a plus aucunement souffert de la syphilis, n'a présenté aucun accident syphilitique jusqu'au jour où ont éclaté les accidents que nous constatons aujourd'hui.

Vous voyez où gît tout l'intérêt du malade que je vous présente, Actuellement une vérole, qui ne peut être qu'une vérole récente d'après l'opinion de tous les médecins particulièrement compétents qui ont vu le malade. Antérieurement, une première vérole dont les diffé-

rentes étapes caractéristiques sont nettement racontées par le malade. Entre les deux véroles, une absence complète d'accidents syphilitiques pendant deux ans environ. Pour confirmer l'exactitude du dire du malade, nous avons les cicatrices laissées par la première éruption, la note retrouvée sur le second séjour à l'hôpital. J'avoue que tout cela me paraît pouvoir difficilement laisser un doute sur l'existence de la première vérole. Deux fois j'ai soumis le malade à un traitement mercuriel, deux fois donc je l'ai considéré comme syphilitique; cela prouve bien que je n'eus point de doute sur l'existence de la vérole.

Je sais bien que quelques malades peuvent être soumis à un traitement antisyphilitique quoique le diagnostic soit douteux chez eux : il s'agit de malades chez qui nous présumons la syphilis sans pouvoir l'affirmer et chez qui nous instituons le traitement d'essai mixte iodo-hydrargyrique pour juger, d'après les résultats plus ou moins rapides du traitement, si les accidents sont ou ne sont pas de nature syphilitique. Tel n'est pas le cas de notre malade ; à son premier séjour, il subit un traitement par les pilules de protoiodure d'hydrargyre commandé par une syphilis récente ; lors de son second séjour, il est soumis à un traitement plus énergique, aux frictions mercurielles en rapport avec la gravité plus grande des accidents oculaires. Ce ne sont pas là des traitements d'essai, ce sont les traitements qu'on institue chez les malades dont la vérole n'est pas douteuse.

Il faudrait donc déclarer que deux fois je me suis trompé, trompé complètement ; la chose (est-ce vanité de ma part ?) me paraît difficile à admettre et j'avoue que, malgré la résistance que j'avais jusqu'ici à reconnaître le fait, il me paraît difficile de ne pas admettre qu'un même sujet puisse répondre deux fois à l'inoculation syphilitique, que notre malade a subi pour la seconde fois les résultats de l'infection syphilitique.

J'aurais voulu, pour complément d'information, retrouver la femme auprès de qui notre malade a contracté sa nouvelle vérole, voir les accidents que cette femme pouvait présenter ; mais, comme je vous l'ai dit tantôt, le malade n'a pas pu ou n'a pas voulu nous mettre sur le chemin pour retrouver cette femme et nous sommes privés de ce complément d'information qui aurait pu être fort instructif.

Somme toute, notre malade est, de l'avis de tous ceux qui l'ont vu, atteint d'une vérole récente ; ce qu'il nous raconte, les traces d'éruption que nous constatons, les quelques notes que nous retrouvons, semblent concorder pour établir que M... a déjà eu une première vérole en 1892 et il me paraît bien difficile de nier cette première vérole ; la conclusion naturelle me paraît donc être qu'un même malade peut subir deux fois les résultats de l'infection syphilitique, tout rare que soit le fait.

M. Renault. — On n'a peut-être jamais constaté en France de cas de réinfection certaine. Il n'en est pas de même à l'étranger. Hutchinson (Congrès de Londres de 1896) en a cité 52 cas, et il considère que 32 sont authentiques. Pospelow en 1892 aurait vu un cas de réinfection chez un syphilitique qu'il avait traité la première fois lui-même, 8 ans auparavant. Lors de la seconde atteinte, le malade contamina sa femme.

M. Brocq. — J'ai observé un malade qui a été soigné comme syphilitique par M. Fournier ; 4 ans après s'est développé sous mes yeux un chancre induré suivi d'une roséole.

M. Galezowski. — Le malade qui vient d'être présenté par M. Du Castel est intéressant au point de vue de la réinfection syphilitique, et ce qui m'autorise surtout à prendre la parole, c'est l'altération ancienne de l'iris et de la choroïde, dont le malade était atteint anciennement; aujourd'hui, il est repris d'un chancre et d'une éruption roséoliforme. N'y a-t-il pas là de la syphilis latente. En ce qui me concerne, j'ai vu des cas analogues, et entre autres un malade, habitant l'Orient et qui est venu il y a 5 ou 6 mois me consulter pour une choroïdite syphilitique typique avec des flocons fins du corps vitré et des atrophies choroïdiennes disséminées pigmentaires. Le malade avait eu la syphilis et des troubles de la vue il y a déjà plusieurs années, 7 ou 8 ans environ. Il en était guéri, dit-il, par les injections et les pilules mercurielles. Mais il lui était resté une sorte de trouble avec mouches qui ne disparaissaient pas. A sa seconde visite, il y a 3 mois, j'ai constaté que le trouble visuel s'était aggravé et que, de plus, il présentait une ulcération de la lèvre inférieure de la bouche et une légère éruption roséoliforme. On pouvait croire à une réinfection. Pas le moins du monde, c'est une simple rechute, car il n'a été guéri que de certains symptômes, mais pas de la syphilis qui resta latente. J'ai cru nécessaire de le soumettre au traitement par les frictions mercurielles à la dose de 2 grammes par jour et j'ai obtenu déjà un mieux sensible. Mais il faudra continuer ces frictions pendant 2 années pour obtenir la disparition des flocons du corps vitré.

Taches pigmentaires variqueuses næviformes.

Par MM. Gastou et Émery.

Les varices présentent dans leurs origines, leur évolution, leurs complications un nombre infini de modalités cliniques et anatomiques. Il nous a paru intéressant de montrer à la Société le malade dont voici l'histoire :

B..., salle Saint-Louis, n° 8, âgé de 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père, qui était très nerveux, serait mort de la poitrine, mais aurait contracté la syphilis et peut-être que notre

malade est issu d'un père syphilitique; mais il est difficile d'avoir des renseignements précis à ce sujet.

Quant à sa mère, elle aurait une excellente santé, ayant eu 16 grossesses dont 2 fausses couches, mais fausses couches antérieures à la syphilis de son mari.

Le malade est le plus jeune de 14 enfants, il aurait eu en effet 14 frères ou sœurs dont 12 seraient morts de la poitrine et d'affections diverses à un âge plus ou moins avancé.

Antécédents personnels. — Dans le bas âge sa santé aurait été excellente, jusqu'à l'âge de 7 ans aucune affection; à cette époque, il eut la rougeole et une péritonite. A 9 ans il eut la fièvre typhoïde et c'est à cette date que le malade fait remonter son état variqueux. Mais ce n'est qu'à 15 ans qu'il a une lésion variqueuse à la jambe gauche; c'était une sorte de plaie peu profonde, superficielle, qui mit 3 ans à guérir. A 17 ans il contracte une blennorrhagie qui ne s'accompagne d'aucune complication. — Il est à 20 ans exempté pour varices volumineuses dont il n'éprouve qu'une gêne légère. A 25 ans il est pris d'une poussée rhumatismale et est traité au salicylate de soude; il n'est guéri qu'au bout de 6 mois, et depuis cette époque il se plaint de douleurs rhumatismales. Actuellement il rentre à l'hôpital pour une sorte d'ulcère variqueux qui se serait développé depuis 4 ou 5 ans. Cette lésion se serait développée au dire du malade, sournoisement, petit à petit, elle aurait débuté par des taches d'un brun foncé et il y a deux ans il se serait fait une légère excoriation de la peau au niveau des malléoles interne et externe gauches, tandis qu'à droite la plaie n'aurait occupé que la malléole interne. Ces plaies étaient toutes de la largeur d'une pièce de 2 francs, leurs bords étaient irréguliers et elles étaient toutes peu profondes; ce n'était, dit le malade, que des ulcérations épidermiques d'où suintait un liquide jaunâtre, mais jamais il n'y aurait eu d'hémorrhagie à leur niveau. L'année dernière il se serait traité au sirop de Gibert, mais n'aurait éprouvé aucun soulagement, puis ayant fait des pansements à la poudre de fer il aurait eu quelque amélioration. Cependant depuis un mois le malade se plaint de douleurs à la face dorsale du pied ainsi qu'à toutes les grandes articulations ; depuis un mois également il se plaindrait de crampes dans les membres inférieurs et les bras.

Actuellement, si nous examinons les lésions des membres inférieurs, nous voyons : 1° des varices très développées, énormes, les jambes sont essentiellement variqueuses.

2° Sur la partie inférieure de la jambe et la face dorsale du pied gauche apparaissent de larges taches pigmentaires d'aspect brunâtre. Sur la région moyenne de la face dorsale du pied il existe une tache de 5 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur. Elle aurait débuté il y a 4 ou 5 ans par de petits points pigmentés qui se seraient élargis progressivement sans aucune manifestation douloureuse, et qui, par leur confluence, auraient formé la tache que nous voyons actuellement. Des taches pigmentaires d'une genèse identique existent également sur les malléoles interne et externe. Outre ces grands placards noirâtres, il est aisé de voir de petits points pigmentés disséminés çà et là et qui ressemblent, nous dit le malade, à ceux qui ont donné naissance aux taches pigmentaires dont nous venons de parler.

3° Sur la jambe et le pied droits nous voyons les mêmes lésions aux malléoles interne et externe et une sorte de piqueté brunâtre et peu serré sur la région dorsale de ce pied droit. Toutes ces taches se seraient développées comme nous l'avons dit, les plus larges étant les plus anciennes.

Quant à l'état général, il est excellent, et le malade quoique pâle et maigre se porte bien. Le malade n'est point sujet à la toux, les poumons sont normaux, aucun signe d'emphysème. Le cœur est normal, aucun souffle. Le tube digestif est en bon état, le malade ne se plaint pas de l'estomac et va régulièrement à la selle. Les fonctions des reins et de la vessie sont normales, l'urine ne contient ni sucre, ni albumine. Nous ne pouvons donc déceler aucun phénomène anormal dans les viscères thoraciques et abdominaux, mais l'exploration du système nerveux nous donne des faits intéressants. Si l'intelligence est très nettement intacte et si la mémoire est excellente, par contre il y aurait à signaler un certain nervosisme : le malade se laisse facilement aller à la colère et pleure quelquefois pour des motifs futiles. De plus, la sensibilité semble légèrement touchée, les membres inférieurs accusent une réelle hyperesthésie, les réflexes rotuliens sont exagérés ou du moins très forts, il y a une hyperexcitabilité très notable du réflexe pharyngien, mais la sensibilité à la chaleur et la sensibilité profonde sont normales.

Outre ces lésions d'ordre général ou local, le malade présente encore quelques stigmates intéressants.

Les dents sont remarquables par leur implantation ; au maxillaire supérieur il y aurait eu deux rangées de dents, la rangée la plus périphérique ayant seule subsisté, l'autre étant tombée petit à petit ; à la mâchoire inférieure, persistance des dents de lait; de plus, les dents du malade sont encore remarquables par leur forme, en effet toutes sont petites et le diamètre de leur base est aussi plus grand que le diamètre de leur racine, cependant nous n'y trouvons aucun sillon caractéristique. Ce sont là les seuls stigmates qui plaideraient en faveur de la syphilis héréditaire ; en effet, aucune malformation osseuse, aucune cicatrice tégumentaire ne peut être signalée.

Pour nous fixer sur la nature de cette pigmentation, nous avons pratiqué sur le dos du pied une biopsie. En faisant cette petite opération nous avons noté deux particularités intéressantes : 1° hyperesthésie extrême au toucher ; 2° la production d'une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter une compression intense.

Examen histologique. — L'amincissement de l'épiderme, la vascularisation intense des papilles, l'épaississement de la couche sous-papillaire, telles sont les particularités qui frappent à un faible grossissement.

L'amincissement de l'épiderme résulte de ce que les couches épidermiques jusqu'au stratum granulosum sont tombées. On voit encore à la surface des coupes de larges lamelles, cornées, feuilletées, séparées par des intervalles fusiformes et indiquant une desquamation active. Un caractère négatif important est l'absence de toute pigmentation dans les différentes couches des cellules du corps muqueux de Malpighi.

La lésion principale est la transformation du tissu des papilles en une véritable agglomération de capillaires embryonnaires, dont les parois sont

uniquement formées de cellules. C'est une véritable nappe vasculaire qui forme des bouquets de vaisseaux dans les papilles et un lac sanguin à leur base.

La couche sous-papillaire est entièrement formée de larges faisceaux élastiques entre lesquels sont des capillaires à parois épaissies.

L'analogie de structure existant entre ces taches pigmentaires et les nævi pigmentaires est d'un grand intérêt à constater, car elle soulève les questions suivantes :

1° Les taches pigmentaires, présentées par ce malade et développées tardivement, doivent-elles être considérées comme des nævi?

2° S'agit-il au contraire d'une modalité particulière de varices capillaires télangiectasiques en nappe?

Quoiqu'on ait mentionné des nævi à développement tardif, il nous semble qu'on peut interpréter la présence de ces taches de la façon suivante.

Le malade est un prédisposé à des troubles vasculo-conjonctifs de par son hérédité tuberculeuse, il l'est de plus de par son état névropathique. Sur ce terrain, une cause occasionnelle est survenue : une infection typhique, qui a provoqué une altération des parois veineuses telle, qu'aussitôt après la convalescence, se sont développées des varices volumineuses.

L'ectasie veineuse a gagné les capillaires qui se sont distendus à leur tour. Dans les points où les tissus mal nourris par des éléments nerveux insuffisants ont été peu à peu refoulés et atrophiés, se sont développées alors de véritables nappes sanguines næviformes.

Enfin, pour conclure, nous ferons remarquer l'influence des maladies infectieuses sur les parois veineuses, maladies qui non seulement causent des phlébites, mais encore des altérations spéciales des veines favorisant le développement des varices.

Abcès froids sous-cutanés multiples.

Par MM. Gastou et Émery.

Le malade dont l'histoire suit est venu à la consultation de Saint-Louis présentant sur tout le corps des abcès de dimensions différentes dont l'évolution et la marche nous ont paru dignes d'être rapportées.

L..., employé de commerce, est âgé de 29 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Il y a trois mois, à la suite de douleurs dans le dos, application d'emplâtres (emplâtre Marchand dont la composition n'a pu être connue).

L'un des emplâtres, placé dans le dos, à la suite d'un faux mouvement se détacha. A l'endroit d'application survinrent des démangeaisons intenses.

Deux jours après, poussée d'urticaire. Un médecin qui vit le malade lui demanda s'il n'avait pas mangé de charcuterie, viandes faisandées, etc. Après deux bains d'amidon, cette poussée se calme. Quinze jours après, un matin en s'habillant, le malade constate l'apparition d'une petite tumeur indolente arrivée d'un seul coup à son entier développement. Cette tumeur était située sur la face interne de la cuisse gauche; à la suite, il en sort plusieurs semblables, une à la jambe droite, deux sur le membre supérieur droit, une à la face externe du bras, l'autre un peu au-dessous de l'épitrochlée, une autre sur l'avant-bras gauche et sur le front; deux à la verge.

Enfin une dernière au niveau de la partie antérieure de la 8e côte gauche. Le tout en l'espace d'un mois.

Toutes ces petites tumeurs présentent des caractères communs, évolution indolente complètement apyrétique, ni rougeur ni œdème périphérique, aucun phénomène inflammatoire. La taille varie entre une noisette et une noix.

Ces tumeurs sont bien circonscrites, molles, nettement fluctuantes. A la ponction, on retire du pus phlegmoneux sanguinolent.

La tumeur située sur la 8e côte présente, contrairement aux autres, des phénomènes douloureux. Tout d'abord dans les fortes respirations ou expirations brusques, le malade éprouvait un tiraillement assez douloureux. Il existe maintenant un point fixe où la pression éveille de la douleur. Les dimensions de cette collection sont plus considérables que celles des autres, elle présente de 6 à 7 centimètres de diamètre.

L'abcès de la jambe droite diffère également des autres en ce que, à son niveau, la peau est rouge, enflammée, empâtée et en ce qu'il est douloureux à la pression.

Plusieurs de ces abcès ont été incisés; l'un sur le fourreau de la verge est complètement disparu, il ne reste qu'un petit noyau d'induration. Un autre, celui du front, s'est ouvert seul, il a diminué mais est encore fluctuant.

Le traitement interne, solution arsenicale, deux cuillerées à café par jour, joint à l'application de bandelettes d'emplâtre rouge, n'a pas donné de résultats appréciables.

Comme l'étude clinique du malade ne nous donnait que des renseignements insuffisants sur la nature de la maladie, nous avons cherché par les méthodes de laboratoire si nous pourrions arriver à un diagnostic plus précis.

D'emblée nous avons constaté qu'il n'existait ni bacilles de Koch, ni échinocoques, ni parasites analogues.

L'examen direct du pus nous démontra la présence d'éléments ronds, de grosses dimensions, ayant l'allure de spores mycéliennes. Ces spores étaient tantôt isolées, tantôt groupées par colonies, soit dans les cellules de pus, soit entre elles.

Ensemencé sur gélatine, sur agar et sur gélose maltosée, les colonies qui se développèrent prirent l'aspect de cultures grises ou blanches, très épaisses, très semblables aux cultures mycéliennes.

Sur gélatine les colonies étaient constituées par des spores, les unes se colorant au Gram, les autres restant décolorées.

Sur gélose maltosée : colonies formées par des éléments sporulaires plus allongés, tendant à prendre un aspect filamenteux. Une partie seulement des éléments se colore et prend le Gram.

Sur agar : mêmes parasites, moins développés, accompagnés de microcoques et d'un gros diplocoque ayant à s'y méprendre la forme du gonocoque.

Ces constatations soulèvent des questions multiples. S'agit-il d'une contamination accidentelle des milieux de culture par des colonies mycéliennes? Quels sont ces parasites? A quelle infection particulière sont dus ces abcès? Quels sont l'origine et le point de départ de cette infection?

Nous n'avons pas eu le temps d'étudier ce cas d'une façon suffisante pour répondre à ces questions ; la suite de l'observation sera complétée tant au point de vue clinique que bactériologique.

Deux cas de syphilis héréditaire avec lésions osseuses multiples et exostose médio-palatine.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Les deux malades que j'ai l'honneur de présenter à la Société sont des exemples très typiques de syphilis héréditaire tardive et, en les faisant voir, je veux seulement ajouter à la casuistique de cette affection. Je ferai remarquer cependant que tous deux ont d'une façon évidente l'exostose médio-palatine sur laquelle insistait à l'une de nos dernières séances notre collègue M. Jacquet.

J'appellerai également l'attention sur la forme, très anormale, de perforation du voile du palais que l'on peut observer chez le premier de mes malades.

OBS. I. — *Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Dans l'enfance, lésions osseuses. Actuellement, tibias en lame de sabre, déformations crâniennes, exostose médio-palatine, perforation du pilier postérieur droit du voile du palais.*

D. S..., comptable, âgé de 37 ans, entré à plusieurs reprises dans mon service de la Pitié pour des poussées de congestion pulmonaire localisées au sommet et liées probablement à des lésions tuberculeuses initiantes, est un homme un peu au-dessous de la moyenne ($1^m,57$), de développement corporel moyen ; il est sensiblement amaigri et pâle.

En l'examinant, lors de son premier séjour à l'hôpital, je fus frappé simultanément par le timbre de sa voix et la configuration de son crâne

qui me mirent immédiatement sur la voie de l'hérédo-syphilis, diagnostic rapidement confirmé par l'ensemble des lésions suivantes :

Le crâne est le siège d'une déformation consistant en exagération manifeste des bosses frontales (crâne natiforme); à la partie postérieure, pas de déformation.

Le visage est symétrique, pas d'affaissement du nez.

La voûte palatine est fortement excavée en ogive; la flèche de cette ogive mesure environ 1 centimètre et demi; sur la ligne médiane, elle est parcourue par une saillie antéro-postérieure correspondant à toute la longueur de la suture bi-palatine et mesurant environ 2 millimètres de large sur 1 millimètre d'épaisseur, saillie de consistance manifestement osseuse.

Il ne reste que quatre dents, les quatre incisives inférieures, qui sont absolument normales et un fragment d'une molaire inférieure ; les autres dents sont tombées par déchaussement progressif, et étaient, paraît-il, régulièrement conformées.

Le voile du palais est le siège d'une perforation occupant le pilier postérieur droit; cette perforation est allongée; limitée par des bords verticaux mesurant 6 centimètres de hauteur, elle laisse entre elle et le bord interne du pilier un intervalle de 3 millimètres; en dehors de cette perforation, on voit une bandelette verticale, saillante, adhérente par son bord externe à la paroi pharyngienne déprimée, et paraissant au premier abord limiter une deuxième perforation parallèle à la première. Les bords internes des piliers et la luette ne présentent pas de cicatrices.

La voix est nasonnée, et semblerait indiquer une perforation plus étendue que celle que l'on constate.

Le malade présente un certain degré de surdité, surtout prononcée à droite ; l'examen de l'oreille droite, pratiqué par M. Furet, dénote une sclérose du tympan, avec catarrhe de la caisse. Du côté du larynx, on note une légère parésie des cordes vocales qui se réunissent par leur partie moyenne.

Les yeux ne sont le siège d'aucune lésion de la cornée, pas de strabisme ; le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel de la vue. L'examen ophtalmoscopique n'a pas été pratiqué.

Aucune déformation des os du thorax.

Les cubitus sont tuméfiés, et leur courbure est exagérée, surtout à droite.

Les tibias sont le siège de lésions considérables.

Le tibia droit, augmenté de volume dans toute l'étendue de sa diaphyse, incurvé à convexité antérieure, offre l'aspect typique du tibia en lame de sabre, sa face interne mesure 48 millimètres de large ; la peau qui recouvre sa partie moyenne est lisse, amincie, à la suite de la cicatrisation d'ulcérations de longue durée. Le tibia gauche est également incurvé et augmenté de volume, mais ses lésions sont beaucoup moins considérables que celles de son congénère, il ne mesure que 38 millimètres sur sa face interne. La surface des deux os est régulière.

La différence entre les deux os est très nettement accusée sur les radiographies que je dois à l'obligeance de M. le Dr Dagincourt : on y voit que le tibia droit a une épaisseur deux fois plus considérable que le tibia

gauche ; on y constate en outre que les os, qui paraissent absolument réguliers à la palpation, sont surmontés par places de productions hyperostosiques.

Les tibias sont parfois le siège de douleurs peu intenses.

Pas de lésions des autres os des membres inférieurs.

Testicules et verge de volume normal. Développement normal de l'appareil pileux, au pubis et aux aisselles.

On ne trouve nulle part de cicatrices, à l'exception de celle de la jambe droite.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Aucun trouble cardiaque.

Respiration soufflante au sommet du poumon droit.

Voici ce que le malade nous apprend sur ses antécédents personnels :

Dans son enfance, il a eu le croup et, plus tard, une gastro-entérite à la suite de laquelle il a été enflé des pieds à la tête.

A 13 ans, étant enfant de troupe, il a commencé à voir se développer l'exostose du tibia droit, puis celle du tibia gauche, et enfin celle du cubitus droit.

Il entra à l'hôpital maritime de Cherbourg, où on lui appliqua sur la jambe droite un appareil silicaté qui détermina une ulcération ; celle-ci persistant, on lui fit prendre du sirop d'iodure de fer, mais il n'en fut débarrassé qu'au bout de dix ans, à la suite d'un traitement par les frictions mercurielles qui lui fut ordonné dans un service de chirurgie à l'hôpital de la Pitié.

A l'âge de 20 ans, il fut atteint d'une maladie caractérisée par une grande faiblesse générale, de l'œdème des membres inférieurs, des douleurs dans les reins et une diarrhée incessante et suivie de gêne de la marche avec craquements dans les genoux.

En 1881, au moment où il fut guéri de l'ulcération de la jambe à la suite de frictions mercurielles, il commençait déjà à souffrir de la gorge ; il constata alors que son pharynx était rouge dans toute son étendue et que la partie postérieure était le siège d'une perforation ; l'altération de la voix date de cette époque.

Comme antécédents héréditaires, nous relevons les suivants :

Son père, mort à 66 ans d'une fluxion de poitrine, avait été soldat pendant de longues années et, nous dit le malade, il avait bien pu avoir la syphilis, car de son temps tous les vieux soldats l'avaient.

La mère est morte d'une bronchite à 37 ans.

Une sœur aînée, morte à 29 ans poitrinaire, avait eu, à l'âge de 11 ans, une exostose du bras droit.

Trois frères plus jeunes que le malade sont morts dans le jeune âge, un autre est vivant et bien portant.

Obs. II. — *Père et mère syphilitiques, la mère présentant encore actuellement des lésions tertiaires. Enfant de 6 ans ; asymétrie faciale avec saillie des bosses frontales, exostose médio-palatine, cicatrices sur les lèvres.*

P..., âgé de 6 ans, est examiné par moi au moment où sa mère vient me consulter à la Policlinique dermatologique de la Pitié. Cette femme

présentant des lésions ulcéreuses de la jambe droite, consécutives à des gommes syphilitiques multiples, je recherchai chez l'enfant les stigmates de l'hérédo-syphilis, que je décrirai après avoir donné des antécédents héréditaires.

Père mort il y a 2 ans de congestion pulmonaire; avait eu, il y a 8 ans, des lésions des organes génitaux et de la bouche, pour lesquelles il fut traité pendant 3 mois par les préparations mercurielles.

Mère âgée de 43 ans, a été soumise, en même temps que son mari, au traitement spécifique, bien que, assure-t-elle, le médecin qui la soignait à cette époque n'ait jamais pu lui découvrir de manifestations syphilitiques ; les lésions qu'elle porte actuellement aux membres inférieurs remontent à 2 ans et n'ont jamais été traitées régulièrement.

Elle a eu 6 grossesses :

a) Garçon vivant, âgé de 16 ans.

b) Fille vivante, âgée de 14 ans.

c) Fausse couche de 6 semaines, il y a 13 ans.

d) Fausse couche gémellaire de 3 mois et demi.

e) Fille venue à terme il y a 7 ans, belle enfant à sa naissance, nourrie au sein par la mère, mais morte à l'âge de 5 mois d'accidents cérébraux, et ayant été considérée comme syphilitique par le médecin qui la soignait. Cette enfant n'a présenté de lésions cutanées que sur le visage et survenues 15 jours avant sa mort.

f) L'enfant que je présente à la Société.

Cet enfant est né à terme, a été nourri au sein par la mère pendant 18 mois ; a commencé à parler et à marcher à 20 mois : il a eu dans la première enfance des lésions cutanées, suintantes, ayant, dit la mère, l'aspect de la « gourme », occupant le visage et la partie supérieure du tronc.

L'enfant est d'une intelligence moyenne.

Il mesure 102 centimètres de hauteur.

Son *visage* est asymétrique : la bosse frontale droite est assez développée, celle de gauche est beaucoup moins accusée, légèrement saillante vers sa partie externe, tandis qu'en dehors, le front est fuyant. L'os malaire gauche est moins saillant que le droit.

On voit sur la partie médiane de la lèvre supérieure une cicatrice de 13 millimètres de large, arrondie, blanche, présentant une série de dépressions correspondant aux follicules ; à chaque commissure labiale, on voit une cicatrice bridée, de 6 à 7 millimètres de large.

Dents. — Les incisives supérieures sont presque complètement usées, sont réduites à des moignons de 1 millimètre à peine, les incisives inférieures sont, la latérale gauche déjà tombée, la latérale droite de dimensions et de forme normales, les deux médianes très peu développées, mais de configuration normale. Les canines supérieures et inférieures sont très peu développées. Les molaires sont presque toutes cariées et en mauvais état.

Sur la partie médiane de la voûte palatine, on voit une exostose mesurant 7 à 8 millimètres de large à sa partie antérieure et se prolongeant sur toute la longueur de la voûte, qui a une forme ogivale très accusée.

Pas de strabisme ; aucune trace de kératite. Pas de surdité.

Le thorax est fortement déprimé d'avant en arrière à sa partie inférieure. L'abdomen est notablement plus développé que le thorax. Il y a une ensellure lombaire prononcée sans déformation des hanches ni parésie des membres inférieurs.

A l'exception d'un léger degré de tuméfaction des articulations chondro-costales, et d'une légère tuméfaction de l'extrémité inférieure du radius, on ne trouve aucun signe de rachitisme et aucune trace de déformation osseuse.

Pas de cicatrices à la région fessière. Les deux testicules sont manifestement atrophiés.

Déformation du tibia en lame de sabre probablement d'origine hérédo-syphilitique.

Par M. A. Françon (d'Aix-les-Bains).

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, provient du service de M. le professeur Fournier. Vous pouvez constater sur son tibia droit une énorme déformation, dont l'interprétation mérite d'être discutée.

Voici l'histoire du malade. Il a 57 ans : c'est un sujet d'aspect extérieur bien portant. Rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Son père, mort à 83 ans, ne s'est jamais plaint que de quelques douleurs rhumatismales. Sa mère, morte à 43 ans d'une maladie de cœur, n'a pas eu d'autre enfant que notre malade, et elle n'a jamais eu de fausse couche.

Comme antécédents personnels, on ne note que de l'impaludisme qui dura six mois, à une époque où il habitait les Antilles. Il y fit un séjour de trois ans, de 30 à 33 ans. Vers 27 ans, il eut une poussée de rhumatisme, limitée aux deux membres inférieurs, et qui le cloua trois semaines au lit. Depuis, presque chaque année, il ressent de nouvelles menaces de rhumatisme, que quelques grammes de salicylate arrêtent immédiatement.

Il n'a jamais fait d'autres maladies : il n'est pas alcoolique, il a eu deux blennorrhagies, l'une à 14, l'autre à 21 ans, et il affirme n'avoir jamais eu la syphilis.

Actuellement, il est serrurier mécanicien depuis une vingtaine d'années : auparavant, il travaillait dans les produits chimiques depuis l'âge de 13 ans.

Il s'est marié à 26 ans et sa femme a eu sept grossesses terminées comme il suit : 1re grossesse, fausse couche ; 2e, une fille morte à 4 ans de méningite avec convulsions ; 3e, une fille morte à 6 mois ; 4e, un fils qui a aujourd'hui 26 ans ; 5e, une fille morte à 3 mois ; 6e, un fils de 17 ans en bonne santé ; 7e, une fille morte à 4 ans de méningite.

En résumé, deux enfants vivants sur 7 grossesses.

C'est vers 27 ans, qu'il s'est aperçu de la lésion qu'il présente au tibia : il fut très surpris de ne plus pouvoir entrer dans des bottes qu'il avait l'habitude de porter: sa jambe droite avait augmenté de volume, pour ainsi dire, à son insu ; il n'avait jamais ressenti de douleur, et depuis, l'hypertrophie s'est accrue insidieusement, sans déterminer de phénomène douloureux, sauf pendant environ un mois, vers l'âge de 47 ans.

A cette époque, c'est-à-dire, il y a 10 ans, il dut se fatiguer beaucoup dans une exploitation de coupe de bois; obligé de marcher, de se tenir debout et de porter parfois des fardeaux très lourds ; il reçut même un coup au niveau de la partie inférieure de sa jambe hypertrophiée, et là, se forma une ulcération qu'il ne voulut pas soigner immédiatement ; les phénomènes inflammatoires augmentant, et la douleur devenant intolérable, il dut s'aliter ; mais au bout de 15 jours, l'inflammation avait disparu, et il persistait encore des douleurs, pour lesquelles il vint à Saint-Louis, où on lui donna du sirop de Gibert. Ce traitement, continué pendant un mois, fit cesser complètement les douleurs, et jusqu'à l'an passé, il put exercer sa profession, sans jamais ressentir de douleur et n'éprouvant dans son membre d'autre phénomène qu'un sentiment de pesanteur dû au poids de la jambe.

En avril 1897, il y a un an environ, sans cause connue, son membre supérieur droit devint de nouveau douloureux. A la suite de la marche, ou d'une fatigue prolongée, comme lorsqu'il devait travailler debout longtemps, il éprouvait des douleurs dans la cuisse et dans la jambe et particulièrement au niveau du tiers inférieur du tibia, où il ressentait comme un sentiment de brûlure; mais le repos faisait cesser complètement la douleur, et la nuit, il n'a jamais souffert.

C'est aussi vers cette même époque, l'année dernière, qu'il a commencé à boiter : et c'est à cause de cette claudication et de ces douleurs qu'il entre à l'hôpital.

État actuel. — Si on cherche à se rendre compte de la cause de la claudication, il suffit de faire marcher le malade pour se convaincre qu'elle est due à une arthrite au début de la hanche droite, dont le diagnostic s'impose au premier examen (atrophie de la région fessière et du quadriceps crural, abaissement du pli fessier droit, douleur au début de la marche, et pendant la marche, mouvements de flexion et d'abduction limités, etc.).

L'examen de la jambe droite dénote une augmentation considérable du volume du tibia. La jambe présente en effet une saillie à convexité antérieure très accentuée, commençant à un travers de main au-dessus de la rotule pour finir à un travers de doigt au-dessus du cou-de-pied. Le bord antérieur de cette saillie est parsemé de rugosités qu'on peut même apercevoir sous la peau. Celle-ci a conservé sa coloration normale, bien que dans la région antéro-inférieure la température locale soit plus élevée que sur l'autre jambe. La pression est assez douloureuse tout le long du tibia, notamment en un point situé sur le côté antéro-interne, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs ; mais il n'y a pas de fluctuation.

L'augmentation de volume porte sur toute la diaphyse de l'os : aussi celui-ci est-il considérablement élargi dans le sens transversal, et déter-

mine un accroissement de la circonférence de la jambe : celle-ci, mesurée à 20 centimètres au-dessous de la rotule, donne 40 centimètres à droite et 34 centimètres à gauche.

L'épreuve radiographique faite par MM. Barthélemy et Oudin, dénote une augmentation en masse du tibia. On distingue difficilement un espace clair central, entouré d'un manchon plus foncé, mais il ne paraît pas y avoir de séquestre, ni de grande différence de structure de l'os. Par contre, l'épreuve montre bien les rugosités du bord antérieur et on voit aussi que vers la partie inférieure et interne, au-dessus de la malléole interne, l'hypertrophie de la diaphyse cesse brusquement par un ressaut, et il y a là comme un éperon que l'on sent bien par la palpation.

Actuellement, le malade ne souffre nullement quand il est au repos. Jamais de douleur la nuit : il ne ressent de douleur qu'à la fin de la journée, s'il a marché longtemps ou s'il a travaillé debout.

Pour compléter son histoire, nous ajouterons qu'il se plaint de quelques douleurs vagues dans les membres supérieurs, mais en aucun point de son squelette, on ne constate d'hypertrophie analogue à celle de son tibia droit.

L'examen de ses différents appareils n'a rien révélé d'anormal : son état général est excellent : la température, qui a été prise ces jours-ci, n'a jamais dépassé 37°, il n'a donc pas de fièvre et ne présente pas de phénomènes généraux.

Quelle peut être cette lésion, dont l'évolution dure depuis 30 ans et qui n'a tourmenté le malade que pendant un mois, il y a 10 ans, à la suite de surmenage, et qui, après 9 ans d'accalmie, est redevenue un peu sensible ?

L'absence de fièvre et de phénomènes réactionnels nous font immédiatement éliminer les affections osseuses aiguës. La longue durée de l'affection, la conservation d'un bon état général nous font rejeter aussi l'hypothèse de tumeur maligne.

Restent encore d'autres affections osseuses chroniques, la maladie de Paget, et l'ostéomyélite chronique d'emblée décrite par Demoulin dans sa thèse de 1888. Il ne saurait être question ici de la maladie de Paget, en raison de la localisation de la déformation à un seul os, et de l'absence de lésions osseuses du côté du crâne, étant donnée la longue durée de la maladie. Dans les faits décrits par Demoulin, la plupart avaient succédé au traumatisme, ce qui n'est pas le cas ici : de plus, dans aucun d'eux, il n'y avait eu de périodes d'accalmie aussi prolongées que celles présentées par notre malade ; enfin la plupart des sujets décrits par Demoulin ont présenté des fractures spontanées et des phénomènes de suppuration qui n'existent pas dans notre cas.

Il n'y a plus qu'une hypothèse : celle de l'hérédo-syphilis. Il est vrai que notre malade ne présente aucun autre stigmate ; mais cette opinion peut être basée : 1° sur la longue durée de l'affection, 2° sur la

polyléthalité de ses enfants (2 vivants sur 7 grossesses), 3° enfin sur le fait qu'il y a dix ans, un traitement par le sirop de Gibert, continué pendant un mois, a fait disparaître complètement pour une période de 10 ans les douleurs qu'il ressentait dans son tibia.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure qu'il s'agit ici du véritable tibia en lame de sabre, décrit par M. Fournier comme caractéristique de l'hérédo-syphilis.

M. Thibierge. — Je crois qu'il convient de faire les plus expresses réserves sur le diagnostic d'hérédo-syphilis. Il n'est pas très exceptionnel de voir dans la maladie de Paget le tibia seul intéressé pendant de longues années ; et l'incurvation du tibia est absolument semblable à celle qui caractérise cette maladie ; en outre, il me semble y avoir une légère tuméfaction du cubitus et, de plus, il y a un léger degré de cyphose cervicale, signe qui appartient à l'ostéopathie de Paget.

M. Fournier. — Cette lésion du tibia date de trente années ; la maladie de Paget se généralise au contraire à un moment donné.

Le tibia en lame de sabre ne me paraît plus, comme je le pensais jadis, pathognomonique de l'hérédo-syphilis, car il peut s'observer dans la maladie de Paget et à la suite d'une ostéomyélite chronique.

Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux.

Par M. Georges Thibierge.

Après les communications et les discussions que la Société a entendues en 1896 et 1897 sur les folliculites des tuberculeux, auxquelles M. Darier a proposé de donner le nom de tuberculides, il me paraît intéressant de présenter le malade dont voici l'observation et qui offre un exemple de lésions de même ordre mais de type clinique assez différent.

J. Champ..., tailleur de pierres, âgé de 45 ans, se présente le 5 février 1898 à la Policlinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié.

C'est un homme maigre, au système pileux présentant cette coloration jaune que l'on a dépeinte sous le nom de blond vénitien et dont l'aspect éveille immédiatement l'idée de la tuberculose. Il vient consulter au sujet d'une éruption dont le début remonte à un mois et a été marqué pendant 8 jours par un prurit modéré qui a complètement disparu depuis.

L'éruption occupe principalement le dos et la région fessière ; sur la paroi antérieure du tronc, elle ne se caractérise que par de très rares éléments isolés.

Les lésions sont constituées : 1° par des *éléments isolés* sous forme de *pustules*

aplaties, de 1 millimètre de diamètre environ, entourées d'une zone rouge peu étendue, ou de croûtelles gris jaunâtre, également aplaties, de forme arrondie, au-dessous desquelles on trouve une légère dépression recouverte d'épiderme, sans trace d'ulcération ; les croûtelles sont entourées d'une légère collerette épidermique, d'autres éléments sont remplacés par une dépression ou par une mince squame en forme de collerette ; en quelques points, ces éléments isolés sont représentés par des taches non saillantes, rouge pâle, de 1 à 2 millimètres de diamètre, qui semblent être le premier stade de la lésion. Ces divers éléments ne présentent à la palpation aucune induration.

2° Par des *placards*, de dimensions variées, depuis celles d'une pièce de 2 francs jusqu'à 10 centimètres de long sur 4 de large. Ces placards sont de forme irrégulière, vaguement polycyclique par endroits, le plus souvent allongée par réunion de plusieurs placards voisins.

Ces placards ont une coloration générale brune tirant un peu sur le rouge, produite par la réunion d'un grand nombre de taches mesurant 2 millimètres de large et séparées par d'étroits intervalles de peau saine.

Au niveau des placards, l'épiderme est plissé, comme ridé et un peu brillant ; par places, il se soulève en très minces et étroites squames grisâtres détachées seulement sur leurs bords. En aucun point, on ne voit de saillies papuleuses ni de dépressions punctiformes comme dans le lichen ; cependant l'aspect général des plaques, comme leur forme, rappelle le lichen scrofulosorum. Un certain nombre de placards sont constitués uniquement par les lésions précédentes, qui semblent être le reliquat d'une altération antérieure plutôt qu'une altération en activité.

Sur la plupart des placards cependant l'on voit, en outre, des pustules semblables à celles qui ont été décrites précédemment ; ces pustules sont disséminées sans ordre à la surface des placards, sur toute leur étendue, mais, sur le plus grand nombre d'entre eux, elles affectent de préférence une disposition particulière, occupant la bordure du placard, régulièrement espacées de 3 à 4 millimètres, et rappelant les points avec lesquels les dessinateurs ont l'habitude de piquer leur papier pour reporter un dessin, ou bien encore irrégulièrement distribuées sur cette bordure.

Les éléments isolés occupent en petit nombre la partie supérieure du dos, ils sont plus abondants sur la partie moyenne du dos, depuis le milieu de la colonne dorsale jusqu'au niveau du sacrum.

Les placards sont entremêlés d'éléments isolés sur les parties latérales du dos, depuis le milieu de la colonne dorsale ; au niveau des côtes et sur les flancs, ils sont pour la plupart larges, de forme allongée transversalement. Sur les fesses, où ils mesurent jusqu'à 6 centimètres de diamètre, ils sont plutôt arrondis, ou légèrement irréguliers ; à ce niveau, les éléments pustuleux qui recouvrent les placards sont plus nombreux et atteignent des dimensions plus considérables que sur le dos ; quelques-uns d'entre eux sont légèrement saillants, mais sans infiltration proprement dite de leur base.

Sur les cuisses, à leur partie antérieure et à leur partie postérieure, on voit quelques éléments disséminés.

Outre les lésions du tronc et des membres inférieurs, on constate sur le dos du pied deux placards irréguliers, de la largeur d'une pièce de un franc au maximum, de coloration rouge, avec quelques vésicules, des perforations épidermiques, des croûtelles jaunâtres et brunes ; cette lésion d'aspect très différent de celles qui viennent d'être décrites, est manifestement de nature eczémateuse.

Sur la totalité du corps, la peau est sèche, comme chez les cachectiques.

Le malade est atteint de tuberculose pulmonaire, dont le début remonte à 4 ans, qui s'est manifestée par des hémoptysies répétées et se traduit actuellement à l'auscultation par un souffle intense et des râles sous-crépitants nombreux au sommet gauche, une respiration soufflante au sommet droit; l'expectoration est peu abondante, muco-purulente et renferme des bacilles de Koch.

En outre, il présente à la partie postérieure du cou, au niveau de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale et au niveau de la partie supérieure du cubitus gauche, des tuméfactions fluctuantes, du volume d'une grosse noix, datant de deux mois; au niveau de ces tuméfactions, la pression détermine une douleur profonde qui paraît liée à une lésion osseuse. La ponction de la tuméfaction du coude a donné issue à du pus épais et grumeleux.

A la partie externe du poignet gauche, on trouve une nodosité dermo-hypodermique, de coloration rouge, du volume d'un gros pois, ayant l'aspect d'une gomme ramollie et remontant à 4 mois. A la partie inférieure de la cuisse gauche, à 4 centimètres au-dessus de la rotule, on trouve également une gomme du volume d'un pois.

Il convient de noter dans les antécédents de ce malade une série d'attaques de rhumatisme à localisations multiples ayant laissé à leur suite des déformations des doigts et surtout une déformation du dos avec voussure et cyphose qui fait penser tout d'abord à l'existence d'un mal de Pott.

10 février. — Depuis que le malade est entré dans mon service,il ne s'est pas produit de nouveaux éléments pustuleux et un grand nombre de ceux qui existaient à l'entrée se sont desséchés et sont en voie de disparition.

Les lésions qui viennent d'être décrites rappellent, par plus d'un côté,le lichen scrofulosorum.Comme celui-ci, elles siègent sur le tronc, bien que le lichen scrofulosorum occupe de préférence sa partie antérieure et particulièrement l'abdomen. Comme lui elles sont formées à la fois d'éléments isolés et de placards de configuration irrégulière, confluents par places et de dimensions qui n'excèdent pas celles que peuvent présenter les placards du lichen scrofulosorum. Elles en ont également la coloration rouge brunâtre ; à leur surface, on voit, comme dans certains cas de lichen scrofulosorum, des éléments pustuleux de petites dimensions.

Malgré ces analogies très réelles, que vient accuser encore le terrain tuberculeux sur lequel ces lésions se sont développées, elles ne peuvent être confondues avec le lichen scrofulosorum, par cette

raison que, en aucun point, on ne trouve la papule saillante dont l'existence est la caractéristique nécessaire du lichen. Il est évident à l'observation attentive que toutes les lésions ont pour origine une pustule : or, si cet élément dermatologique peut être, du fait sans doute d'infections surajoutées, la lésion ultime de la forme particulière de folliculite qui constitue le lichen scrofulosorum, elle n'en est pas la première phase et la seule manifestation clinique.

Pour ces raisons, le diagnostic de lichen scrofulosorum ne saurait être admis dans le cas présent.

Et cependant, sans entrer dans le fastidieux exposé d'un diagnostic différentiel détaillé, il est évident qu'on ne peut admettre ni l'existence de l'eczéma, ni celle des pyodermites banales, ni celle d'une dermatophytie.

La superficialité des lésions, l'absence d'infiltration, la rapidité de l'évolution, éliminent les diverses variétés de folliculites isolées ou agminées observées chez les tuberculeux et décrites sous les noms de folliculites, de folliclis, de tuberculides, etc.

On ne peut néanmoins pas se soustraire à l'idée d'une relation entre la lésion cutanée et les conditions pathologiques dans lesquelles se trouve le malade, tuberculeux de son poumon, tuberculeux de son tissu cellulaire et sans doute de ses os.

Et, par la similitude de ces conditions morbides, avec celles dans lesquelles s'observent le lichen scrofulosorum, l'acné scrofulosorum, les folliculites, etc., on est amené à ranger ce cas dans le même groupe pathologique, auquel convient la détermination générale de *tuberculides*.

Ce cas est intéressant parce qu'il établit une transition entre les divers types jusqu'ici déterminés de ces tuberculides et qu'il en montre une forme, sinon nouvelle, du moins peu remarquée et confondue peut-être antérieurement dans la description du lichen scrofulosorum.

Syphilide tuberculeuse atténuée comme type, de modalité papuleuse ou même quasi-érythémateuse.

Par M. ALFRED FOURNIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas de syphilide tertiaire extrêmement atténuée comme type éruptif et offrant absolument la physionomie d'une syphilide secondaire, bien que la syphilis à laquelle elle sert d'expression remonte à 18 ans.

Nul doute, j'en suis persuadé, que les lésions cutanées présentées

par la malade que vous avez sous les yeux, ne soient d'ordre spécifique. Elles rappellent absolument les syphilides tuberculeuses sèches par tout un ensemble de caractères, à savoir par leur couleur, leur disposition en groupe, en bouquet, en « coup de plomb », ou bien par leur configuration circinée en longue traînée curviligne, en arceaux conjugués, comme aussi par leur rénitence en quelques points.

Mais, sur d'autres points, elles n'offrent ni le relief, ni la rénitence des tubercules tertiaires. Tout au contraire, elles sont à peine saillantes, presque plates ; on les dirait tout au plus *papuleuses*. De plus, elles n'ont pas de « corps », elles ne présentent qu'une légère rénitence au palper. En sorte qu'elles ressemblent bien plus à des syphilides secondaires qu'à des syphilides tertiaires.

Et ce n'est pas tout. Plus atténuées encore sur d'autres régions (là surtout où elles décrivent de grands arceaux), elles perdent presque tout relief et toute rénitence. Sans grande exagération on pourrait les qualifier d'*érythémateuses*. Dans cette dernière modalité, le type tertiaire se trouve atténué au superlatif et réduit à son expression minima. Ce sont donc là ce qu'on pourrait appeler, si vous me pardonniez le mot, des syphilides tertiaires *secondarisées*.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que les syphilides atténuées de cet ordre peuvent se rencontrer à des étapes très éloignées de la syphilis. Chez la malade que la Société a sous les yeux l'infection remonte à dix-huit ans. Elle remontait à 45 ans sur un autre malade qui présentait une indéniable syphilide tuberculeuse à éléments tellement appauvris, si plats et si peu rénitents, qu'on l'eût volontiers prise pour une manifestation d'ordre secondaire, n'était sa configuration méthodique et groupée. Voici cette syphilide, très fidèlement reproduite par une photo-aquarelle de M. Méheux.

Ces syphilides tuberculeuses atténuées, amoindries, abaissées au type papuleux ou papulo-érythémateux, semblent établir une transition entre le type tuberculeux vrai, commun, courant, des syphilides tertiaires et cette autre modalité plus rare, mais incontestée, à laquelle j'ai donné le nom d'*érythème tertiaire*.

Voici, recueillie par un de mes élèves, M. Baudelot, l'observation de la malade qui fait l'objet de cette présentation.

V..., âgée de 42 ans, entre dans les salles de la clinique de l'hôpital Saint-Louis le 6 février.

Antécédents. — Assez bonne santé habituelle. Dans l'enfance, coqueluche, rougeole et variole. Mère morte « de la poitrine ». Réglée à 16 ans. Deux enfants, morts l'un de croup et l'autre d'une méningite.

Syphilis contractée à l'âge de 24 ans et constatée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Quelques accidents secondaires. Traitement suivi par intervalles pendant deux ans, mais d'une façon très irrégulière.

Il y a cinq ans, cette femme a été traitée dans la salle du Dr Fournier

pour une « gomme ulcérée de la joue droite » (Diagnostic relevé sur les registres de la Clinique). Aujourd'hui encore on constate nettement la cicatrice laissée par cette lésion. Depuis lors, nul traitement.

Elle rentre aujourd'hui pour une éruption polymorphe qui n'est autre qu'une phthiriase et qu'il suffira de signaler.

Mais, en outre, on constate sur elle des éléments éruptifs d'un tout autre ordre et bien autrement intéressants à relever. Ceux-ci n'ont été remarqués par la malade qu'il y a une dizaine de jours. Ils affectent presque exclusivement les cuisses et les fesses, sous forme de groupes circinés ou de longues traînées curvilignes.

Sur quelques points on observe des anneaux éruptifs complets ou incomplets, constitués par une série de petites élevures rouges et lenticulaires situées les unes à côté des autres comme les perles d'un collier. Cette première forme rappelle absolument une modalité propre aux syphilides tuberculeuses.

Sur d'autres points, on trouve des anneaux, soit complets, soit incomplets, qui sont d'une seule teneur et formés par une sorte de ruban éruptif continu, d'une largeur de 3 à 4 millimètres.

Ailleurs, l'éruption se présente sous forme de longues traînées rubanées de même diamètre, curvilignes et s'anastomosant bout à bout (modalité dite par notre maître « en arceaux conjugués »).

Toutes ces modalités annulaires représentent des cercles ou des demi-cercles d'un diamètre comparable en général à celui d'une pièce de 2 ou de 5 francs, plus rarement d'une surface égale à la paume de la main.

Sur tous les points, les éléments éruptifs offrent une coloration d'un rouge sombre qui ne s'efface pas sous la pression du doigt et rappelle la teinte des syphilides tuberculeuses tertiaires.

Nul doute, en effet, qu'on n'ait affaire ici à des syphilides tuberculeuses.

Seulement, ces syphilides se différencient du type usuel par un caractère tout à fait particulier et digne de remarque. Elles offrent le *type tuberculeux aussi amoindri* que possible et dans son expression la plus atténuée. Sans doute elles sont bien encore constituées, sur quelques points, par des nodosités quelque peu saillantes et offrant un certain « corps » à la palpation. Mais, sur d'autres, elles sont presque plates, à fleur de peau et sans rénitence. Tout au plus les dirait-on papuleuses. Et, enfin, sur d'autres points, elles se présentent avec un relief presque nul et souple au toucher. Il n'y aurait pas d'exagération à les qualifier alors d' « *érythémateuses* ».

La reproduction de ce type curieux a été confiée à M. Baretta et figure au musée Saint-Louis.

Deux frères affectés de syphilis héréditaire tardive. — Sur l'aîné, hystérie hérédo-syphilitique, et surabondance de stigmates d'hérédo-syphilis. — Sur le cadet, lésions cutanées et osseuses, avec absence presque absolue de stigmates héréditaires.

Par M ALFRED FOURNIER.

Les deux frères P..., qui entrent le même jour dans le service de la Clinique à l'hôpital Saint-Louis, en janvier 1898, sont bien manifestement, et au-dessus de toute contradiction possible, des sujets hérédo-syphilitiques. Bien que nous n'ayons pu avoir de renseignements sur leurs ascendants qui sont morts (père mort à 41 ans, d'une « tumeur abdominale », et mère morte à 53 ans d'une « paralysie »), l'hérédité syphilitique ressort sur eux de toute une série de considérations des plus significatives, comme on va le voir.

D'abord, ils sont les *deux seuls survivants* d'une famille composée de *quatorze* frères et sœurs. Tous les autres enfants sont morts, et morts *en bas âge*, et la plupart morts ou de « méningite » ou à la suite de convulsions.

D'autre part, ces deux malades présentent toute une série de symptômes qui, de par leur nature comme de par leur échéance chronologique, ne peuvent être imputés qu'à une syphilis héréditaire, comme le démontrent les deux observations suivantes :

OBS. I (recueillie par M. Tassin). — P. T..., âgé de 23 ans. — Le malade tient de ses parents ce renseignement très digne d'intérêt, qu'il *n'a commencé à parler et à marcher que vers l'âge de cinq ans*. — Vers la même époque, il a présenté divers accidents, à savoir : éruption croûteuse sur le visage ; écoulement par le nez ; écoulement par les oreilles ; maux d'yeux. — Un an plus tard, il a été pris de *crises convulsives*, au cours desquelles il perdait connaissance et urinait sous lui, mais sans jamais se mordre la langue. — A sept ans, pneumonie, puis pleurésie gauche avec péricardite. — Peu après, *ulcérations* et *exostoses* sur les deux tibias. — Puis, nouvel écoulement par le nez et « *kératite interstitielle* ». — A onze ans, nouveaux écoulements par le nez et les oreilles ; maux d'yeux ; engorgements ganglionnaires considérables ; exostoses avec violentes douleurs dans les jambes et les coudes ; lésion osseuse suppurative au pouce droit. — A ce moment, les crises convulsives, qui s'étaient apaisées ont repris avec violence, pour se continuer jusqu'à l'âge de quinze ans. — A quatorze ans, consécutivement à l'une de ces crises, *hémiplégie droite* légère, qui dure une quinzaine. — A quinze ans, *lésions osseuses* des jambes, pour lesquelles il est successivement traité par M. le professeur Verneuil et par moi. Guérison par iodure de potassium. — Puis nouvelles ophtalmies, dont le guérit M. le professeur Panas. — Puis, crises de polyurie, traitées par M. le professeur Germain Sée. — Puis, apparition de très volumineuses *adénopathies* périmaxillaires et cervicales, qui cèdent à un nouveau traitement par l'iodure.

Quelque temps après, il est interné à Saint-Anne pour une affection mentale qui, affirme-t-il, a été diagnostiquée « *manie de persécution avec hallucinations* ». Il fait quinze mois dans cet établissement, puis en sort guéri. — Un an plus tard, nouvel internement à Sainte-Anne pour « *délire mystique* ».

Quelques mois plus tard, il est repris d'*hémiplégie* et reçoit les soins de M. le Dr Gilles de la Tourette (douches froides et électricité). L'hémiplégie s'améliore après une durée de sept mois.

Enfin, il y a trois semaines, à la suite d'une très vive contrariété, il se trouve affecté la nuit d'une très violente douleur dans le flanc droit, et se réveille le lendemain matin avec une nouvelle hémiplégie, qui va s'atténuant peu à peu, mais pour laquelle il se décide à rentrer à notre hôpital.

État actuel. — Légère *parésie hémiplégique*, siégeant à droite. La main droite serre moins énergiquement que la gauche ; la jambe droite est un peu traînante dans la marche. Face respectée.

On observe en outre (tous symptômes que n'accuse pas le malade) : 1° une *hémianesthésie sensitive et sensorielle* du côté droit avec réflexes exagérés ; 2° un *rétrécissement* du champ visuel très accentué des deux côtés ; 3° une *hyperesthésie* très notable au niveau des fosses iliaques. Le malade raconte que jadis une pression même légère exercée en ces points suffisait à déterminer une violente crise convulsive. — En outre, sensation de *boule œsophagienne*, très bien décrite par le malade. — De ces divers symptômes ressort en pleine évidence le diagnostic d'HYSTÉRIE.

Examinant ensuite le malade au point de vue des stigmates d'hérédo-syphilis, nous constatons ce qui suit :

Taille moyenne, plutôt élevée. Développement normal, régulier. *Teint grisâtre*, pâle. Peu d'embonpoint, masses musculaires moyennes.

Asymétrie faciale, donnant à la physionomie une expression singulière dont la raison échappe à première vue. L'œil droit semble plus petit en raison d'une ouverture palpébrale moindre. De plus, il est surélevé par rapport à l'œil gauche. Sur une photographie, faite en vue de se rendre un compte plus exact de cette particularité, on constate que le bord de la paupière inférieure gauche n'est pas sur un plan horizontal par rapport à celui de la paupière droite ; il est plus élevé d'environ 4 millimètres.

D'autre part, cette asymétrie se retrouve dans le système dentaire, comme nous le verrons dans un instant.

Malformations crâniennes. — Le crâne semble comme tordu sur son axe et refoulé à droite. Bosse frontale droite saillante. Bosse pariétale droite plus saillante encore.

Système dentaire. — Dents mal rangées en général et vicieusement conformées pour un certain nombre. Incisives médianes supérieures élargies horizontalement au niveau de leur diamètre moyen. Plusieurs dents de la mâchoire supérieure offrent des dépressions en cupule. Incisives inférieures à sillons en gradins.

De plus, les dents supérieures sont *refoulées à gauche* par rapport aux inférieures, si bien que les deux incisives médianes supérieures répondent à l'incisive inférieure médiane du côté droit et aux deux autres du côté gauche, comme le montre très bien un moulage du Dr Chompret.

Système osseux. — Tibias volumineux, irréguliers de surface, et douloureux à la pression sur quelques points. — Les deux humérus, malformés, sont déviés en dehors à leur extrémité inférieure, de sorte que, dans l'extension de l'avant-bras sur le bras, les deux segments du membre forment un angle obtus à sommet dirigé en dehors.

Examen des yeux, fait par le Dr Sauvineau. — « Vestiges d'*iritis* et de *kératite interstiticlle* dans les deux yeux. Un glaucome droit, survenu en 1890, paraît avoir succédé à un excès d'atropine. Iridectomie pratiquée de ce côté par le Dr Panas. *Myopie.* A l'examen ophtalmoscopique, signes non douteux de *rétinite pigmentaire* double, sous forme d'amas de pigments arrondis, soit confluents, soit isolés. Cette disposition est surtout marquée dans la moitié inférieure de l'œil droit. Pas de taches atrophiques, Papilles optiques blanchâtres et à bords irréguliers (vestiges probables de *névrite*) ».

Examen des oreilles, fait par le Dr Hermet. — *Surdité* droite absolue. Traces non douteuses d'écoulements multiples. A gauche, otite moyenne purulente, d'origine ancienne, mais persistant encore aujourd'hui.

Obs. II (recueillie par M. Chapron). — P. A..., âgé de 20 ans. Sujet bien portant, bien musclé. — Comme antécédents, il raconte qu'il a eu une enfance troublée par divers incidents : maux de tête fréquents; faiblesse générale; asthénie musculaire; difficulté pour marcher; essoufflement au moindre exercice; battements de cœur; blépharites fréquentes, etc.

On ne trouve sur lui, réserve faite pour le système dentaire, aucun stigmate d'hérédo-syphilis, notamment sur les yeux, les oreilles, le crâne, le squelette des membres, les testicules, les téguments cutanés ou muqueux. La taille est moyenne, le corps et les membres bien conformés. Intelligence normale. Pas d'accidents nerveux (le malade toutefois se plaint d'être parfois « ennuyé par des idées excentriques »). Jamais d'attaques analogues à celles de son frère.

En revanche, plusieurs particularités à relever du côté du système dentaire, à savoir :

1° Maxillaires supérieurs étroits, et voûte palatine ogivale;

2° Implantation vicieuse, mais méthodiquement et, si je puis ainsi parler, régulièrement irrégulière des incisives latérales, supérieures et inférieures, qui sont situées *en arrière* et un peu en dehors des incisives médianes. De sorte que toutes les incisives se trouvent rangées sur deux plans différents et en forme d'hémicycles concentriques. A gauche, la canine est exactement contiguë à la grande incisive. Elle est bien constituée, tandis que sa congénère droite est notablement plus petite. Pas de sillons sur ces dents, non plus d'ailleurs que sur aucune autre.

3° Persistance d'une dent de lait (incisive supérieure latérale) et de quelques racines de dents de lait (seconde prémolaire droite et première prémolaire gauche).

D'autre part, le malade (qui n'a jamais eu d'affection vénérienne, notamment le moindre accident imputable à une syphilis acquise) présente deux lésions de nature incontestablement syphilitique, lesquelles, en consé-

quence, ne peuvent être imputées qu'à une infection héréditaire, à savoir :

1° Une lésion osseuse, intéressant le tibia droit. Cette lésion, dont le début remonte à plusieurs années et dont les incidents ne nous sont connus que par le récit du malade, aurait consisté originairement en une tuméfaction très douloureuse du tiers supérieur de la jambe; puis, lentement, la tumeur se serait ramollie, ouverte, et transformée en une grande ulcération. Il en est sorti plusieurs fragments d'os. Aujourd'hui, on ne constate plus qu'une excavation creusée dans l'os, excavation longue d'environ 5 à 6 centimètres et ne mesurant pas moins de 3 à 4 centimètres en profondeur. Cette véritable caverne, creusée en plein tibia, n'offre rien de spécial comme physionomie ; elle est simplement tapissée par des bourgeons charnus d'un beau rouge. A son pourtour, tibia hyperostosé, mais indolent. — Somme toute, ce que l'on constate actuellement n'est en toute évidence que la dernière étape d'une lésion accomplie, laquelle semble bien avoir été constituée par un *ostéome tertiaire de forme gommeuse.*

Dans l'aine du côté correspondant, volumineux ganglions. Cette adénopathie, de date ancienne, est vraisemblablement symptomatique des accidents osseux et cutanés qui se sont produits à la jambe.

2° Sur la face postéro-externe de l'avant-bras gauche, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du membre, groupe de lésions cutanées croûteuses ou ulcératives, occupant une étendue comparable à la paume de la main. Ces lésions, de par l'aspect de leurs croûtes épaisses, stratifiées et brunâtres, de par leurs bords entaillés à pic et adhérents, de par le caractère bourbillonneux de leur fond, de par leur configuration orbiculaire et, enfin, leur groupement en bouquet, s'imposent manifestement pour des *syphilides tertiaires, tuberculo-ulcéreuses.*

A relever, encore, deux cicatrices circulaires et pigmentées, siégeant au niveau de la jambe gauche, vestiges peu contestables de lésions ulcéreuses spécifiques qui se sont produites là il y a quelques années ; et une certaine intumescence douloureuse du tibia gauche.

Traitement mixte : mercure et iodure de potassium (4 à 6 grammes par jour). — Atténuation rapide, puis guérison de la syphilide en l'espace de trois semaines. — Très notable amélioration de la caverne ulcéreuse du tibia ; cicatrisation presque complète ; la rainure du fond de la plaie reste seule à l'état ulcéreux, lorsque, dans les premiers jours de février, le malade quitte volontairement l'hôpital.

M. Besnier. — L'observation si importante que vient de communiquer M. Fournier montre la nécessité de reprendre la question de la syphilis héréditaire, dont la terminologie réclame quelques réformes en rapport avec les notions nouvelles, particulièrement avec la distinction nécessaire, entre la transmission de la maladie en nature, et les tares dérivées des altérations toxiniennes éprouvées par les générateurs.

En ce qui concerne le malade présenté, je demande s'il est *par hérédité* en état de syphilis *virulente* pouvant être transmise en nature à ses descendants, aussi sûrement que c'est *par hérédité* qu'il présente les stigmates de dégénérescence. Or, comme les sujets porteurs de tares de dégénérescence provenant de l'hérédo-syphilis ne sont pas nécessaire-

ment immunisés, il faudra, à présent, des éléments très étroitement recueillis pour affirmer qu'une syphilis virulente, transmissible aux descendants, est certainement d'origine héréditaire au sens vrai du mot.

M. Fournier. — Je crois que ce malade est atteint à la fois de syphilis héréditaire pure, dont il présente des stigmates sous forme d'exostoses, et d'une tare, s'accusant par des accidents dystrophiques héréditaires. Comme vient de le dire M. Besnier, l'enfant peut recevoir de ses parents la syphilis véritable, en nature, ou présenter seulement des stigmates de dégénérescence.

La syphilis ne fait pas seulement que des syphilitiques ; elle fait, passez-moi l'expression, des tarés, des dystrophiés, des malformés, des monstres, voire des nains, peut-être aussi des géants.

Tantôt, les sujets en question n'ont que des stigmates de dégénérescence et ils peuvent acquérir plus tard la syphilis (ainsi, j'ai publié l'observation d'une femme qui présentait la dent typique d'Hutchinson et qui, vers 18 ou 19 ans, contracta un chancre induré suivi de syphilides secondaires) ; — et tantôt ces tarés sont atteints en même temps de syphilis héréditaire vraie ; c'est ce qui a lieu chez notre malade, dont les exostoses sont caractéristiques à cet égard.

M. Morel-Lavallée. — Jusqu'à quel âge peut-on observer la kératite interstitielle syphilitique ? J'en ai vu un cas qui a débuté à l'âge de 22 ans.

M. Fournier. — J'en observe actuellement un cas qui a débuté à 20 ans.

M. Du Castel. — Les tares d'origine hérédo-syphilitique ont-elles quelque chose de spécifique ? Sur quoi pourra-t-on se baser pour affirmer l'hérédo-syphilis, si d'autres toxines chez les générateurs peuvent produire les mêmes lésions chez les descendants, comme on le constate à chaque instant à propos des dystrophies dentaires ?

M. Fournier. — Il n'est pas douteux que la syphilis héréditaire fait des tarés, des individus qui restent petits, rabougris. Ces tarés peuvent ne présenter aucun accident syphilitique, ils ont été simplement arrêtés dans leur développement, comme les lapins de MM. Charrin et Gley, lapins dont les générateurs étaient intoxiqués par la toxine pyocyanique. Mais la syphilis n'est pas la seule affection capable de produire ces lésions chez les descendants : il y a encore la tuberculose, et aussi l'alcoolisme. Chez les descendants de tuberculeux, par exemple, la luxation congénitale de la hanche est très fréquente ; on sait aujourd'hui qu'elle résulte d'un défaut de développement de la cavité cotyloïde. C'est une maladie d'hérédité tuberculeuse par excellence, mais on l'observe souvent aussi chez les hérédo-syphilitiques. Pareillement, j'ai été frappé de voir, au cours de recherches récentes, l'ichtyose considérée comme fréquente chez les descendants de tuberculeux, de syphilitiques ou d'alcooliques. Il y a donc des termes communs entre les accidents héréditaires de la syphilis, de la tuberculose, et

de l'alcoolisme; et ces termes communs consistent en des lésions de dégénérescence.

M. Du Castel. — Je voulais demander à M. Fournier s'il peut tracer une ligne de démarcation entre les lésions qu'il considère comme réellement syphilitiques et celles qu'il regarde comme des lésions de dégénérescence.

M. Fournier. — Chaque maladie imprime, du moins dans une certaine mesure, son cachet aux accidents qu'elle détermine. Ainsi les dystrophies dentaires peuvent exister dans un grand nombre de maladies, mais la véritable dent d'Hutchinson n'existe que dans l'hérédo-syphilis; de même, la syphilis réalise des crânes difformes à sa façon, et le type natiforme lui appartient en propre.

M. Du Castel. — Ainsi, parmi les tares que crée l'hérédo-syphilis, il y en a quelques-unes qui portent l'empreinte de l'affection des générateurs, comme la dent d'Hutchinson.

M. Barthélemy. — Il ne faut pas confondre les deux ordres d'accidents, hérédo-syphilitiques d'une part, francs, vrais, purs, justiciables du traitement spécifique, et parahérédo-syphilitiques d'autre part, lesquels ne sont que des stigmates de dégénérescence et contre lesquels on ne peut agir que par les moyens généraux ou par les modificateurs spéciaux, mais alors, à doses petites, très longtemps prolongées ou du moins souvent répétées dans le but de modifier peu à peu toute la nutrition.

Telle est la distinction, la description que j'ai tenté de faire ou plutôt d'esquisser dans une étude récente sur la parahérédo-syphilis de deuxième génération (communication au congrès de Moscou). Je me suis inspiré pour cela tant de l'enseignement de notre très cher maître le professeur Fournier, que de mes observations personnelles, nombreuses et longtemps suivies.

Je ne veux insister ici que sur ce fait clinique, à savoir que l'hérédo-syphilis est souvent *monosymptomatique*, ce symptôme unique étant variable de localisation comme d'intensité, puisque l'effort morbide a pu porter tantôt sur un organe, tantôt sur un autre, et à des périodes différentes de leur développement: ce qui complique encore une chose déjà complexe et assez mal définie par elle-même, mais dont la réalité ne me semble pourtant pas douteuse.

L'hérédité syphilitique est une cause active et rapide de dégénérescence organique et de déchéance de race. On n'est encore qu'au début de cette étude qui est toute à faire, à déterminer, à préciser. Il faut établir ce qui lui revient, ce qui lui est étranger, ce qui est dû à d'autres causes associées et simultanément agissantes, comment elle s'élabore, comment elle peut être combattue.

Outre les dégénérescences somatiques, il y a les dégénérescences mentales et psychiques; comme les premières, les secondes, une fois créées, peuvent être héréditaires.

Quoi qu'il en soit, les psychoses, et les vésanies des dégénérés, sont les tristes aboutissants d'un certain nombre de facteurs, plus ou moins anciens

dans une famille, parfois associés, et s'accumulant au fur et à mesure que diminue la résistance d'une race donnée. Dans leur genèse, il faut faire entrer en première ligne la syphilis, bien que le traitement spécifique soit insuffisant à amener la guérison ; seul ou même aidé de l'hygiène appropriée, tout au plus peut-il aider à produire la transformation favorable.

D'après mes recherches, d'après des faits publiés dans les revues spéciales, d'après des dessins ou des photographies, de Saint-Lazare ou d'ailleurs, on retrouve aussi beaucoup de stigmates d'hérédo-syphilis parmi les dégénérés criminels.

Contrairement aux manifestations hérédo-syphilitiques vraies, franches, pures et justiciables du mercure et de l'iodure, les stigmates, les tares parahérédo-syphilitiques ne sont pas influencées, du moins je ne l'ai pas constaté jusqu'à ce jour, par les modificateurs spécifiques. Bien plus, plusieurs de ces tarés ont pu par la suite contracter la syphilis pour leur propre compte. Il s'agit d'une déchéance de race qui rend les organes d'autant plus vulnérables à la tuberculose et aux autres agents destructeurs de l'espèce humaine. S'il n'était encore impossible de distinguer cliniquement les stigmates de dégénérescences qui dérivent de la tuberculose, du neuro-arthristisme invétéré et poussé à l'extrême, de celles qui résultent des autres diathèses et intoxications, comme l'alcoolisme par exemple, je serais porté à croire que ces cas de contamination syphilitique chez des sujets parahérédo-syphilitiques ne sont pas très rares : j'en observe 5 à 6 cas environ chaque année à Saint-Lazare, qui pourraient, jusqu'à plus ample informé, rentrer dans cette catégorie.

On ne peut encore constater que la grande fréquence et l'extrême rapidité avec lesquelles la syphilis et l'hérédo-syphilis agissent dans le sens de la dégénérescence humaine. Je n'ose encore rien dire de plus dans cette question qui est à peine posée et qui, en tout cas, reste tout entière à l'étude. Mais ce que je tiens à noter, dès maintenant, c'est ce qui me semble nettement résulter des observations, c'est que la *parahérédo-syphilis, comme l'hérédo-syphilis, peut être monosymptomatique* et n'atteindre qu'un seul organe ou même qu'une partie de cet organe.

Sur une poussée aiguë de pityriasis rubra pilaire avec érythrodermie exfoliatrice généralisée.

Par M. HALLOPEAU.

La nommée Eugénie Laf... est entrée le 20 septembre au n° 23 de la salle Lugol, alors que nous étions remplacé par M. Jeanselme ; elle est actuellement dans notre nouvelle salle d'enfants.

Cette jeune fille était malade depuis douze jours seulement et déjà toute sa surface tégumentaire, à l'exception d'une petite partie des extrémités, était envahie par l'éruption.

Lorsque nous avons pris notre première note, le 8 octobre, toute la peau était le siège d'une vive rougeur, à l'exception de quelques points de la face

dorsale des trois doigts de la main gauche et de la face dorsale des pieds ; l'épiderme desquamait partout en larges lambeaux ; autour de l'orifice buccal, les stries squameuses étaient disposées en rayons et l'ouverture semblait rétrécie ; de même les paupières étaient rétractées, elles ne pouvaient se rapprocher complètement et il en résultait de l'ectropion avec conjonctivite.

Au niveau du cuir chevelu, les squames étaient tellement épaisses qu'elles simulaient presque des croûtelles ; néanmoins les cheveux étaient conservés.

Sur le dos des doigts, la signature de la maladie était fournie par des saillies isolées, du volume de grains de millet, acuminées, indurées, rouges à leur base, opalines à leur sommet en voie de desquamation, avec épaississement ponctiforme correspondant à l'orifice pilo-sébacé ; les ongles étaient intacts.

Sur le dos des pieds, l'éruption n'était pas confluente ; elle était représentée par des saillies dont les dimensions variaient de celles d'une lentille à celles d'un grain de millet : on voyait, dans leur partie centrale, des dépressions punctiformes entourées de squames.

Les plis inguinaux étaient légèrement excoriés ; il en était de même des aisselles.

Les ganglions de ces mêmes régions étaient notablement tuméfiés ; le prurit était intense.

Pendant plus de deux mois, cet état est resté stationnaire, la peau demeurant dans toute son étendue, sauf sur la face dorsale du pied, d'un rouge vif, et desquamant avec autant d'abondance que dans les cas d'herpétide exfoliatrice ; chaque jour le lit était rempli de squames.

La malade a été traitée par les préparations d'huile de cade, d'abord au centième, puis au cinquantième ; depuis un mois, nous avons vu les lésions rétrocéder graduellement au point de disparaître presque entièrement.

En effet, en voyant aujourd'hui cette jeune fille, on ne peut soupçonner dans quel état lamentable elle était naguère encore.

La maladie est représentée surtout par la présence de saillies miliaires sur le dos des premières phalanges des quatre derniers doigts et des quatre derniers orteils de chaque extrémité ; l'ectropion a disparu.

Au cou, dans le dos et sur les parties latérales du thorax, sur le dos des mains et sur les membres inférieurs, particulièrement au-devant des genoux, les orifices pilo-sébacés font de même des saillies anormales et donnent au toucher une sensation râpeuse, quelques-unes sont rosées ; on retrouve ces mêmes éléments sur la partie postérieure des bras et tout le pourtour des avant-bras.

Dans le pli du coude droit, il persiste de la desquamation avec fendillement transversal de l'épiderme.

Au cuir chevelu, on remarque des îlots de desquamation pityriasiforme.

En résumé, la maladie persiste encore sur la plus grande partie de la surface tégumentaire, mais à l'état de simple ébauche, et, le plus souvent, de vestige.

Cette amélioration si notable contraste avec l'intensité anormale qu'ont présentée pendant plus de deux mois les phénomènes éruptifs.

Comme particularités intéressantes dans cette observation, nous noterons les difficultés initiales du diagnostic avec une poussée aiguë d'érythrodermie psoriasique : la généralisation de l'érythème, son intensité, l'abondance de la desquamation, l'ectropion, la persistance de quelques îlots sains pourraient appartenir à l'un aussi bien qu'à l'autre type malade ; les saillies miliaires des phalanges ont seules permis d'affirmer qu'il s'agissait d'un pityriasis rubra-pilaire.

Cette poussée aiguë diffère essentiellement de celles que l'on observe dans le lichen plan par la coloration moins sombre, plus vive de la couleur, l'absence de papules lisses et polygonales, la surabondance de la desquamation, la généralisation, les îlots séborrhéiques du cuir chevelu et les saillies miliaires des phalanges.

Sur la localisation et le développement anormal de syphilides érythémateuses et papuleuses en nappes autour de chancres indurés.

Par M. H. Hallopeau.

Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur l'importance des processus locaux d'infection dans les syphilides secondaires. Nous avons noté en particulier que, dans les syphilides papulo-tuberculeuses dites en corymbes, les choses se passent comme si un dépôt de contage donnait lieu, d'abord au développement d'une néoplasie isolée, puis secondairement à celui de papules filles moins volumineuses.

Nous avons également signalé, à la société, un cas de localisation d'un syphilome tertiaire au voisinage immédiat de la cicatrice laissée par un chancre induré, simulant une récidive *in situ*.

Ce fait s'explique-t-il suffisamment par l'appel que pourrait constituer la lésion ancienne? nous ne le pensons pas, car l'on ne voit pas des cicatrices banales donner lieu à de semblables localisations : il nous paraît bien plus vraisemblable qu'il s'est agit là d'une infection secondaire ayant pour point de départ des germes subsistant et ayant évolué dans l'induration primitive ; c'est un mécanisme analogue que nous invoquerons pour nous rendre compte des faits que nous observons chez ce nouveau malade.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Eugène N... entre, le 7 février 1898, au numéro 54 *bis* de la salle Bazin; il a eu, en novembre dernier, deux chancres indurés sur le fourreau de la

verge ; dans le courant de janvier, il s'est développé une syphilide érythémateuse et papuleuse qui persiste encore aujourd'hui ; elle est disséminée sur toute la surface du tronc et des membres, à l'exception des extrémités : ce sont des taches lenticulaires, purement érythémateuses ou papuleuses, avec la collerette caractéristique. Les lésions péniennes ont des caractères différents. Autour de l'induration chancreuse la plus élevée, laquelle a les dimensions d'un très petit haricot, on voit une plaque éruptive polycyclique, d'un rouge sombre et entourée d'un rebord saillant, squameux, d'environ 2 millimètres de diamètre ; cette plaque a commencé au voisinage immédiat du chancre, pour s'étendre ensuite excentriquement; elle mesure actuellement environ 5 centimètres transversalement sur 4 centimètres verticalement; elle représente la syphilide papuleuse en nappe de M. Fournier ; autour de l'autre chancre dont l'induration persistante a le volume d'une lentille, se trouve une plaque éruptive semblable à la précédente, mais de dimensions moindres : elle n'atteint en effet que 3 centimètres transversalement sur 15 millimètres verticalement. Elle est encore néanmoins beaucoup plus étendue que les éléments éruptifs du tronc et des membres ; ces derniers en effet ne dépassent pas le volume de lentilles. Les indurations chancreuses sont encore nettement appréciables par leur relief et leur consistance au milieu de ces syphilides : on ne doit donc pas dire qu'il y ait eu, comme dans les observations de M. Fournier, absorption des chancres indurés par les syphilides papuleuses. Nous constatons la présence d'ulcérations sur le gland et le voile du palais ainsi que des adénopathies multiples et caractéristiques : le diagnostic ne peut soulever de doute.

Comment interpréter ces phénomènes? Il n'est pas douteux qu'il n'y ait là une action pathogénétique des indurations consécutives aux chancres. Peut-elle être purement mécanique? nous ne le pensons pas ; on ne comprendrait pas en effet comment, par le seul fait de l'irritation locale liée à la présence de ces indurations, se seraient développées ces grandes plaques éruptives tranchant, par leurs dimensions relativement très considérables et aussi par le bourrelet saillant qui les circonscrit, sur les autres manifestations secondaires : étant donné que les plaques anormales se trouvent au voisinage immédiat des indurations chancreuses qu'elles englobent, l'explication la plus vraisemblable nous paraît être celle d'une virulence plus active des éléments contagieux persistant, se multipliant et évoluant dans les indurations consécutives aux chancres et se propageant à leur périphérie : il y a là un processus local. Ces faits sont de nature à légitimer la pratique de l'ablation du chancre ou de sa destruction par un caustique mercuriel, dans le but, non d'empêcher le développement de la maladie, mais bien de l'atténuer en enlevant un foyer de production virulente plus puissant que les autres.

M. Barthélemy. — On voit souvent de véritables gommes se développer au point où siégeait le chancre.

M. Fournier. — J'ai étudié cette question il y a très longtemps. Rien n'est plus commun que de voir des papules se développer au niveau du chancre. Je rappelle qu'autrefois on décrivait la transformation du chancre en plaque muqueuse.

M. Hallopeau. — Ce qui me paraît particulier à ce malade, et nouveau, c'est le développement énorme de ces syphilides papuleuses en nappe exclusivement au pourtour des chancres.

Traitement d'un psoriasis par les injections hypodermiques de liquide testiculaire.

Par M. H. Hallopeau.

Nous avons, à diverses reprises, tenté le traitement du psoriasis par le sérothérapie : nous avons employé en particulier, le liquide thyroïdien, sans résultats favorables ; le malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui, a été traité, pendant six semaines, par l'injection quotidienne de cinq grammes de liquide testiculaire provenant du taureau ; cette même médication a été continuée le mois suivant deux fois par semaine. Lorsque le malade est entré, le 15 novembre 1897 au n° 38 de notre salle Bazin, il avait une éruption psoriasique en nappes étendue à la plus grande partie de la surface du corps ; actuellement, elle persiste presque partout ; cependant, les intervalles de peau saine sont plus étendus aux membres supérieurs qu'ils ne l'étaient au début de cette médication, les squames sont moins épaisses, particulièrement au cuir chevelu ; les démangeaisons, assez vives au début, ont diminué ; on ne peut donc dire que l'action de ce traitement est nulle, mais elle a été très insuffisante et incomparablement moindre que celle des médicaments cadiques auxquels ce malade a été maintes fois soumis dans notre service : généralement en effet, il sortait de notre salle débarrassé de ses éruptions au bout de six semaines ; nous sommes loin d'en être là aujourd'hui. Nous nous proposons de renouveler ces essais, mais, plusieurs fois déjà, nous avons été arrêté au bout de peu de jours par les réclamations des malades se plaignant d'être soumis exclusivement à une médication qui leur paraît insuffisamment active.

M. Thibierge. — Je n'ai pas traité personnellement de psoriasiques par les injections de liquide testiculaire, mais j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs malades, qui avaient été soumis précédemment à ce traitement. Aucun n'en avait retiré le moindre bénéfice ; chez quelques-uns il n'y avait eu aucune modification de l'éruption ; chez d'autres, les résultats

avaient été déplorables, et des poussées d'une activité exceptionnelle étaient survenues. Je pense donc que ce traitement ne mérite aucune confiance.

Dermatite exfoliatrice généralisée par intoxication mercurielle d'origine digestive. Intégrité de la perméabilité rénale. Épreuve de la glycosurie alimentaire négative.

Par M. G. Milian.

Marie Gr..., âgée de 22 ans, couturière, entrée le 24 janvier 1898.

Cette femme, bien portante jusqu'en novembre dernier, prit à cette époque un chancre syphilitique à la vulve, accompagné d'adénopathie inguinale.

Des lavages à l'eau de feuille de noyer furent prescrits à la malade à l'hôpital Lariboisière, mais sans aucun traitement interne.

Le 30 décembre 1897, celle-ci alla consulter à l'hôpital Lariboisière pour des lésions vulvaires. On lui prescrivit de ce fait deux pilules de Dupuytren par jour. Elle continua ce traitement jusqu'à son arrivée à Saint-Louis.

Elle le supportait d'ailleurs assez mal. Elle nous raconte en effet que pendant le cours de celui-ci, elle eut une *métrorrhagie* abondante indépendante de ses règles et qui dura huit jours. (En temps habituel, cette femme était bien réglée.) De plus, elle eut les gencives agacées dès le début, ainsi que de la salivation et de la douleur à la mastication. Néanmoins ces phénomènes étaient peu marqués et quand elle entra dans le service de M. le professeur Fournier, on n'hésita pas à lui prescrire le traitement spécifique. Par une erreur vraiment regrettable, au lieu de deux pilules de Dupuytren qui furent ordonnées, on fit prendre chaque jour à la malade deux pilules de protoiodure de mercure de 0,05 centigrammes chacune.

Au bout de quatre jours, le visage de cette jeune femme se mit à enfler, tandis que les douleurs buccales augmentaient et que la céphalée apparaissait. Le lendemain se développait sur la totalité du corps un érythème qu'on peut qualifier de « grenu », tant il donnait à la main l'impression d'une multitude de petites saillies. En même temps la fièvre s'allumait, la langue était saburrale, l'haleine fétide, la salivation abondante.

Le surlendemain, une éruption de vésicules se montre sur l'érythème, abondantes et serrées. La céphalée et la fièvre persistent. La malade, très sensible au froid, grelotte et se blottit sous les couvertures. Elle se cache même le visage tellement l'impression de l'air extérieur lui est pénible.

Traitement. — Suppression des médicaments mercuriels. Poudre d'amidon. Régime lacté.

Le 1er février. La stomatite a diminué considérablement mais l'éruption bat son plein. Érythème et vésicules persistent. Un grand nombre de celles-ci ont crevé et laissé à leur place de petites croûtes jaunes melli-

cériques donnant à l'éruption un aspect impétigineux. Par places, la desquamation s'annonce; les mains entre autres présentent des squames très larges (collection de photographies de M. le professeur Fournier). Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Nous recherchons l'état de la perméabilité rénale par le procédé d'Achard et Castaigne. Cinq centigrammes de bleu de méthylène en solution dans 2 centimètres cubes d'eau stérile sont injectés sous la peau de la cuisse à deux heures de l'après-midi.

2 h. 30. Élimination de chromogène révélé en chauffant avec acide acétique jusqu'à ébullition.

3 heures. Élimination du bleu en nature et à l'état de chromogène. En effet, la coloration vert bleuâtre de l'urine s'accentue bien davantage lorsqu'on la chauffe jusqu'à ébullition avec quelques gouttes d'acide acétique.

4 heures soir. *Idem.*

5 heures. Élimination de chromogène.

6 heures. Élimination assez faible de chromogène seul.

7 heures. *Idem.*

8 heures. *Idem.*

Le 2. 5 heures matin. Élimination faible du bleu *en nature*.

6 heures. Élimination faible de chromogène seul.

7 heures. *Idem* (très faible).

1 heure soir. *Idem.*

2 heures. *Idem.*

3 heures. *Idem.*

5 heures. Élimination nulle.

Le 3. 8 heures du matin. Élimination nulle.

Le 4. L'état de la malade est stationnaire.

Fièvre. Céphalées. Douleurs dans les oreilles. Sensibilité extrêmement vive au froid. *Chute des cheveux.*

L'érythème est généralisé à tout le corps.

Il ne respecte que la plante des pieds.

Il s'accompagne toujours de vésicules, de croûtes impétiginoïdes, et de squames. Celles-ci deviennent extrêmement abondantes et l'éruption mériterait le nom de *dermatite exfoliatrice.*

L'épreuve de la glycosurie alimentaire pratiquée ce jour après ingestion de 175 grammes de sirop de sucre reste négative.

Le 8. Aujourd'hui, l'amélioration est très notable. L'éruption persiste encore mais les symptômes généraux décroissent : la fièvre tombe, la sensibilité au froid diminue. Il existe encore un peu de céphalée et des douleurs auriculaires.

Le 9. Aujourd'hui la recherche du mercure dans les urines, faite par M. Petit, interne en pharmacie du service, donne un résultat positif.

La suite de l'observation sera publiée ultérieurement.

Courbe de température (axillaire) :

25 janvier............ 39°, matin; 39°,2 soir.
26 — .... 37°,9 — 38°,6 —

27 janvier	37°,2 matin ;	37°,2	soir.
28 —	37°,3 —	37°,5	—
29 —	37°,2 —	37°,7	—
30 —	37°,9 —	37°,9	—
31 —	37°,6 —	37°,9	—
1er février	37°,7 —	38°,	—
2 —	37°,2 —	37°,7	—
3 —	37°,3 —	37°,7	—
4 —	37°,6 —	37°,9	—
5 —	37°,6 —	38°.3	—
6 —	37°,2 —	37°,5	—
7 —	37°,5 —	38°,7	—
8 —	37°,6 —	37°,6	—
9 —	37°, —	37°,3	—

Cette observation montre une fois de plus, qu'en présence des *dermatites exfoliantes* il faut toujours penser à l'intoxication mercurielle.

Enfin, la recherche de la *perméabilité rénale* et celle de la *glycosurie alimentaire* que nous avons pratiquées chez notre malade méritent de nous arrêter un instant.

Hâtons-nous de dire que la perméabilité rénale est intacte, car l'élimination du bleu (sous forme de chromogène, il est vrai) a commencé au bout d'une demi-heure. Mais il y a une petite particularité à signaler dans la manière dont s'est faite l'élimination : c'est l'intermittence dans l'élimination du bleu. Tandis que l'élimination s'est faite à l'état de chromogène, de trois heures de l'après-midi au lendemain matin à cinq heures, elle s'est faite à l'état de bleu en nature à ce dernier moment, et, dans la suite, de nouveau à l'état de chromogène.

M. Chauffard ayant signalé l'intermittence de l'élimination du bleu dans les ictères infectieux et attribuant ces phénomènes à l'état du foie, nous avons cherché à nous rendre compte de l'état de celui-ci chez notre malade, par l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Celle-ci donna des résultats négatifs.

Quoi qu'il en soit, on peut conclure de ces deux expériences que l'état fonctionnel du rein et du foie de notre malade est intact, fait important pour le pronostic. Il nous semble aussi que de l'intégrité fonctionnelle du rein ainsi constatée on peut déduire que la susceptibilité particulière des malades à l'intoxication mercurielle ne tient pas à un défaut de fonctionnement de cet organe.

Nous ferons remarquer en terminant que les pilules de protoiodure de Ricord renferment beaucoup plus de mercure que les pilules de Dupuytren à 0,01 centigramme de bichlorure et sont par suite beaucoup plus dangereuses. En effet, ainsi que nous l'ont montré les calculs

des équivalents chimiques, une pilule de protoiodure de 0,05 centigramme renferme autant de mercure que quatre pilules de Dupuytren : 1 pilule proto renferme 0 gr. 030 de mercure, tandis qu'une pilule de Dupuytren renferme 0 gr. 0073 de mercure (1).

Érythème polymorphe confluent de type érythémato-papuleux.

Par MM. J. Darier et E. Sottas.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter semblerait à première vue être atteint d'une dermatose grave; son corps et ses membres sont couverts d'une éruption très confluente d'éléments rouges, carminés ou lie de vin, qui tranchent vivement sur la coloration de la peau saine. Ces éléments sont plans presque partout; ce sont de simple taches érythémateuses, par places un peu œdémateuses et urticariennes ; pourtant la pression énergique et prolongée du doigt à leur surface, en vidant les capillaires congestionnés, fait reconnaître qu'il y a à leur niveau du pigment sanguin extravasé. Sur les avant-bras et les poignets les éléments sont nettement papuleux, hémisphériques, du volume d'un demi-pois ou même d'une demi-noisette et ressemblent à des syphilides papuleuses. En certaines régions, sur les épaules, sur les hanches, les taches portent de minces croûtelles analogues à celles d'un eczéma aigu au début du stade d'incrustation.

L'examen attentif de l'éruption, l'analyse des symptômes concomitants et surtout l'évolution de la maladie démontrent nettement qu'on est en présence d'un érythème polymorphe ainsi qu'en témoigne l'observation que voici :

(1) Protoiodure de Hg = $Hg^2 I^2$. Equivalent de I = 127 de Cl = 35,5. Equivalen de $Hg^2 I^2$ = 400 + 254 = 654.

654 gr. de $Hg^2 I^2$ renferment 200 gr. Hg.

1 gr. de $Hg^2 I^2$ — $\frac{200}{654}$ —

0 gr. 10 de $Hg^2 I^2$ — $\frac{200}{654 \times 10}$ = 0 gr., 061 de Hg.

Bichlorure de Hg = Hg Cl^2. — Equivalent de Hg = 200. Equivalent d' Hg Cl = 200 + 71 = 271.

271 gr. Hg Cl^2 renferment 200 gr. Hg.

1 gr. — — $\frac{200 \text{ gr. Hg.}}{271}$

0 gr. 10 — — $\frac{200}{271 \times 10}$ = 0 gr. 073 de Hg.

R..., 49 ans, célibataire, cimentier, né à Plaisance (Italie).

Pas de maladie cutanée dans la famille. Mère morte en couches, à 28 ans. Père vivant, a 79 ans. Trois frères et quatre sœurs vivants et de bonne santé.

Le malade a eu à 18 ans un rhumatisme articulaire aigu généralisé, une pneumonie à 22 ans, à 31 ans une maladie grave avec fièvre vive, rougeur généralisée des téguments suivie de desquamation à larges plaques, la scarlatine, sans aucun doute, dont il a été soigné à l'hôpital d'isolement d'Aubervilliers. Blennorrhagie il y a 5 ans ayant laissé un léger suintement uréthral. Depuis lors, santé régulière ; le malade n'a jamais eu d'autre manifestation à la peau et le ciment, qu'il manie chaque jour, ne l'a jamais incommodé ; il n'a pas eu la syphilis et on n'en retrouve chez lui aucune trace ancienne, récente, ni actuelle ; ce n'est pas non plus un alcoolique.

Sa maladie actuelle remonte au lundi 30 janvier, où il éprouva en se levant le matin un sentiment de lassitude et de faiblesse, et dans la journée, une propension insolite à la transpiration dans la marche et le travail. Pas d'angine ni d'état gastrique.

Mardi, il commença à ressentir un endolorissement des jointures, principalement dans les genoux ; le mercredi seulement viennent s'adjoindre à ces symptômes prodromiques quelques légères démangeaisons dans le dos et, le même soir, le malade en rentrant de son travail, s'étant examiné, s'aperçut qu'il était couvert de boutons.

Vu le jeudi 3 février ; il présente sur tout le corps une éruption assez discrète, dont l'élément est une papule ortiée de dimensions assez régulières, environ un grain de chènevis, entourée d'une auréole rose érythémateuse, de l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50. Ces papules sont surtout saillantes et accentuées sur les avant-bras et la région postérieure au-dessus du poignet. En déprimant la peau, la rougeur aréolaire s'efface complètement, la papule centrale se réduit un peu et conserve une coloration jaunâtre et translucide. Ces papules sont pour la plupart isolées ; cependant dans le voisinage du pli du coude, sur le tronc, la face externe des cuisses, plusieurs papules sont réunies sur une surface érythémateuse, dont l'étendue n'excède pas celle d'une pièce de 2 francs.

La face palmaire des mains est dure, hyperkératosée, fendillée par le travail et le ciment, mais à la face dorsale il n'y a pas de papules non plus que sur les pieds ; on n'en voit pas davantage sur le visage, bien qu'elles soient très abondantes au cou, qu'elles entourent d'une véritable cravate. La région présternale en est également complètement dépourvue.

L'examen minutieux de la bouche n'en revèle, ni sur la langue, ni sur les joues, ni dans la gorge.

L'éruption ne provoque chez le malade presque aucune sensation ; pas de sensation de brûlure, de cuisson et de picotements ; seulement, par moments, une démangeaison légère et fugace et il n'y a d'ailleurs aucune trace de grattage.

Il n'en est pas de même des arthralgies, qui aujourd'hui gênent considérablement le malade pour s'habiller et l'ont forcé à abandonner son travail.

Les jointures sont douloureuses à la pression et dans les mouvements, et les articulations phalangiennes sont sensiblement empâtées.

L'état général est bon, le sommeil et l'appétit sont conservés, il n'y a pas de fièvre et l'urine examinée ne contient ni sucre, ni albumine.

Malgré l'interrogatoire, la cause de cette affection demeure bien obscure. Le malade n'a éprouvé, en effet, ni refroidissement marqué, ni ébranlement nerveux ; il n'a, depuis bien longtemps, ingéré aucun médicament, ne fait usage d'aucun topique qu'on puisse incriminer.

Reste l'intoxication alimentaire : précisément le malade avait mangé de la morue le 20 décembre, veille du jour où il a ressenti les premiers symptômes ; mais ce poisson ne lui a pas paru gâté et d'ailleurs, il en avait mangé déjà d'autres fois sans rien éprouver de semblable.

Quoi qu'il en soit, le traitement devait être dirigé sur cette indication et consista : en bains et poudre d'amidon, et cachets antiseptiques de benzonaphtol, salol et magnésie.

Revu le 7 février. L'éruption a changé d'aspect, les régions autrefois occupées par des papules, sont couvertes de larges plaques érythémateuses, légèrement saillantes, très marquées surtout sur les épaules, les reins, les fesses, la ceinture et la face externe des cuisses.

Aux avant-bras les papules sont encore saillantes et isolées, mais plus élargies, déprimées au centre qui est d'une coloration bleuâtre.

La rougeur érythémateuse primitive est partout remplacée par une teinte plus foncée, lie de vin. Quand on déprime la peau, cette coloration s'efface, mais laisse au-dessous d'elle une tache brune, due à des stries ecchymotiques.

Le visage est toujours indemne, mais sur les mains et sur les pieds, on trouve aujourd'hui une poussée de papules récentes, rosées et lenticulaires, surtout sur le dos des mains et des premières phalanges.

Malgré des recherches consécutives et répétées, nulle part on ne trouve d'éléments bulleux, mais quelques papules cependant semblent bien près de la vésiculation.

Depuis la dernière visite, l'état général s'est maintenu bon ; toutefois, les douleurs se sont un peu accrues et l'appétit a un peu faibli. Purgatif salin.

L'intérêt particulier de ce cas nous paraît résider dans les caractères suivants :

1° Abondance extrême et intensité de l'éruption.

2° Polymorphisme mais polymorphisme restreint des éléments éruptifs (papules ortiées et taches érythémateuses ou érythémato-urticariennes).

3° Topographie un peu anormale de l'éruption : le dos des mains, le pourtour des genoux sont restés intacts au début ; la face a été épargnée ainsi que la muqueuse buccale ; en revanche les foyers de confluence principaux siègent aux flancs, à la partie postérieure du tronc et aux bras.

4° Netteté des phénomènes prodromiques du caractère de ceux d'une maladie infectieuse ; intensité toute spéciale et persistance des arthralgies (pseudo-rhumatisme).

5° Circonstances étiologiques remarquables. Nous avons été conduits, faute de mieux, à incriminer l'ingestion de poisson de mer : certes l'action de ce facteur n'est pas démontrée ni démontrable; mais la blennorrhée chronique de notre malade durant depuis cinq ans dans le même état ne paraît pas avoir joué de rôle et le malade n'a été soumis à aucune cause perturbatrice ou nocive.

Assez souvent on a été conduit à accuser une intoxication alimentaire (poisson, viandes avancées, aliments en fermentation) d'avoir provoqué une éruption d'érythème polymorphe ; d'autres fois la même cause n'a produit que des éruptions érythémateuses tout à fait bénignes et fugaces. Nous avons vu aussi, comme bien d'autres auteurs, des cas où la cause de l'érythème polymorphe semblait avoir été une commotion morale ou une infection ou toxi-infection (angine, grippe, furoncle, etc.).

Il paraîtra singulier que des causes aussi diverses puissent jouer un rôle étiologique dans une maladie qui, par elle-même et dans les formes accusées comme le cas que nous rapportons, a des allures véritablement spécifiques. Il faut donc avouer que nos connaissances sur l'étiologie de l'érythème polymorphe sont à l'heure actuelle encore bien peu avancées.

M. Besnier. — L'insuffisance rénale est à invoquer dans un certain nombre de cas, et dans quelques toxidermies, non dans toutes ; il en est dans lesquelles l'insuffisance du rein n'est certainement pas la condition pathogénique.

En ce qui concerne le cas particulier, il y aurait lieu de déterminer l'état du canal de l'urèthre, et de sa sécrétion, soit pour rechercher le gonocoque, soit pour mettre sur la voie de médications capables de produire une toxidermie du genre de celle que présente le malade.

Tuberculose cutanée améliorée par le traitement mercuriel.

Par M. Danlos.

Homme de 25 ans, atteint depuis longtemps de lésions incontestablement tuberculeuses. On note sur le haut de la poitrine et la région claviculaire gauches des cicatrices réticulées d'aspect typique ; une cependant devant le sternum est lisse et bordée de pigments comme dans certaines syphilides. Le malade porte en outre sur les côtés du cou deux plaies ouvertes à bords décollés amincis, à bourgeons mollasses et blafards sécrétant un pus séreux.

Il y a de plus un abcès ganglionnaire en formation sur le côté droit du cou, et sur le bras droit, dans la région épitrochléenne, une induration fusiforme, grosse comme l'index, longue de dix à douze centimètres, absolu-

ment indolente; lésion dont le malade ignore l'existence et qui paraît indépendante de toute altération actuelle des téguments de la main. La voix est altérée sans signes positifs rationnels ou physiques de tuberculose.

Malgré l'aspect des lésions, le traitement mixte est institué et contre toute attente il se fait une amélioration rapide. L'une des plaies du cou se cicatrise, l'infiltration qui sous-tendait l'autre se réduit considérablement, et au bras droit la masse fusiforme semble se désagréger, le cordon diminue, au point que le jour de la présentation on ne constate à ce niveau que deux ganglions épitrochléens superposés, un peu plus gros qu'à l'ordinaire. L'abcès du cou n'est pas modifié.

En somme, amélioration notable.

On peut se demander s'il ne faut pas l'attribuer simplement au séjour à l'hôpital (repos, nourriture) ; l'auteur croit cependant qu'il y a quelque chose de plus et que l'influence du traitement spécifique (protoiodure dix centigrammes, KI trois grammes par jour) est bien réelle. Déjà l'an dernier il a présenté à la Société, sans donner de note, une femme atteinte de tuberculose torpide (signes d'excavation) et de lésions ulcéreuses du cou dont la nature bacillaire n'a pas semblé douteuse à MM. Fournier et Mauriac. Ces ulcérations qui, pendant plusieurs mois, avaient résisté au traitement rationnel (teinture d'iode, huile de foie de morue créosotée), guérirent en quelques semaines par le traitement spécifique mixte. L'état du poumon ne parut pas modifié. Malgré l'examen négatif des crachats au point de vue bacillaire, la nature tuberculeuse et non syphilitique de la lésion pulmonaire n'était pas douteuse. De ces deux faits et de quelques autres observés par lui, l'auteur conclut que dans certains cas le traitement antisyphilitiqne semble agir sur des lésions positivement bacillaires. L'action moins radicale que sur les syphilides est généralement incomplète et ne va pas jusqu'à la guérison. Ces cas sont à rapprocher des améliorations obtenues dans les lupus par le calomel (Dubois-Havenith, Asselbergs).

Il serait intéressant de pouvoir déterminer à priori dans quels cas de bacillose le traitement spécifique aura quelque utilité ; nous ne pouvons le faire actuellement. Il paraît probable, à priori, que c'est surtout quand la bacillose évolue sur un terrain syphilitique que ce traitement est efficace. Nous devons reconnaître toutefois que chez nos malades il n'y avait ni stigmates ni antécédents de syphilis acquise ou héréditaire.

Il est d'ailleurs vraisemblable que les agents de la médication spécifique (Hg et KI) ne limitent pas leur action aux produits de la vérole. Nous rappellerons simplement l'efficacité de l'iodure dans certains cas d'actinomycose.

Lupus de la face à nodules miliaires disséminés.

Par MM. F. Balzer et Michaux.

Cr..., âgé de 26 ans, présente à la face une affection qui nous semble devoir être rattachée au lupus. Elle a débuté, il y a six mois environ, par des petites taches jaunâtres, à la paupière inférieure droite. Il en existe aussi sur la paupière gauche, sur les joues, autour de la bouche, au menton.

Les éléments sont d'apparence papuleuse, miliaire, d'une couleur rouge. Ils sont enchâssés dans le derme, non douloureux à la pression. Quelques-uns, notamment sur les joues, présentent une dépression centrale et semblent s'être formés autour des glandes sébacées. Depuis leur formation, les éléments n'ont présenté aucune tendance à la régression et leur nombre tend toujours à augmenter. Il y en a plus de soixante. Leur volume est assez inégal, quelques-uns, très petits, ont à peine un millimètre de diamètre. Les plus larges sont au niveau des paupières et présentent bien la coloration rougeâtre avec la demi-transparence du lupus.

Il faut remarquer aussi plusieurs éléments, situés principalement sur le front et qui se présentent avec une teinte légèrement rosée, ou même sans changement de coloration de la peau. Quelques-uns paraissent exister dans l'épaisseur du derme, d'autres sont manifestement sous-dermiques et roulent sous le doigt.

Tels sont les éléments que nous observons chez ce malade. Nous ajouterons qu'il n'est pas syphilitique.

Les parents sont morts d'affections dont il ignore la nature. Il a un frère et une sœur bien portants. Lui-même a eu la grippe en 1891, mais s'est toujours bien porté depuis et n'a pas eu d'hémoptysie. Actuellement l'état général n'est pas mauvais. Le malade présente seulement des adénopathies indolentes, notamment dans la région mastoïdienne.

Il ne nous paraît pas douteux que ce malade soit atteint d'une forme assez nette de lupus, à petits éléments nodulaires, disséminés sur la face. Certains éléments, surtout ceux qui sont au niveau des paupières, ont une apparence vraiment caractéristique.

Le doute est permis pour ce qui concerne les éléments qui siègent au front. Sont-ce des grains lupiques profonds, intra-dermiques ou sous-dermiques? ou bien s'agit-il d'éléments d'acnitis, de tuberculides évoluant en même temps que les éléments du lupus bien caractérisés ?

Cliniquement, il est difficile de résoudre la question. Nous sommes disposé à penser que les deux variétés d'éléments sont de nature lupique, mais nous pensons qu'il faudra élucider la question, si cela est possible, à l'aide de la biopsie.

Lichen plan sur une branche nerveuse.

Par M. DANLOS.

La malade est une jeune femme de vingt-quatre ans, n'ayant d'autre antécédent morbide qu'une grave attaque de rhumatisme survenue il y a deux ans (durée, deux mois ; le cœur ne semble pas avoir été touché).

Le début du lichen paraît remonter à quatre mois. Pendant plusieurs semaines, l'éruption semblait limitée aux membres inférieurs. Depuis quinze jours, l'éruption tend à se généraliser.

Sur le tronc elle est discrète et rappelle de très près l'aspect tigré de certaines roséoles en voie de disparition. Une particularité intéressante est la disposition rubannée que présentent les plaques de lichen à la cuisse droite. Sur la face postérieure de celle-ci, depuis le pli fessier jusqu'à la partie moyenne du mollet, les éléments se superposent en ruban, suivant le trajet de la branche fémoro-poplitée du nerf petit sciatique. Quelques plaques papuleuses sur la fesse et une à l'extrémité postéro-inférieure de la grande lèvre (face muqueuse), semblent indiquer la participation des autres rameaux du même nerf. D'ailleurs aucune sensation spéciale à ce niveau.

A l'aide d'une épingle on constate, il est vrai, une certaine hyperesthésie des plaques, mais celle-ci est nulle dans leurs intervalles et pas plus marquée sur les plaques de la cuisse que sur cellesdu tronc. Aucun élancement, aucune douleur limitée au trajet du rameau nerveux, pas de trouble trophique autre que le lichen.

La malade se plaint seulement d'éprouver de temps en temps des douleurs sourdes et quelques crampes dans tout le membre inférieur droit.

M. THIBIERGE. — Il y aurait lieu de chercher si cette bande correspond à un territoire métamérique : la superposition d'une lésion à un trajet nerveux n'a aucune signification au sujet de la relation entre cette lésion et le nerf, et ne peut conduire par elle-même à aucune conclusion pathogénique.

Note additionnelle sur un érythème pigmenté réticulaire.

Par MM. F. BALZER et V. GRIFFON.

Nous tenons à donner à la Société quelques détails importants qui complètent l'observation de ce malade (1). Lorsqu'il était à l'hôpital Saint-Louis, nous n'avions pas trouvé de signe qui pût nous faire soup-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 178.

çonner le début d'une affection hépatique. Depuis sa sortie de l'hôpital, il est entré quelques mois après dans le service de M. Letulle à l'hôpital Saint-Antoine. Il présentait à ce moment de l'ascite et tous les signes d'une cirrhose hépatique d'origine alcoolique. Il a pu être suivi pendant un temps suffisant pour que ce diagnostic fût affirmé définitivement. Pendant ce temps l'érythème réticulé qu'il présentait à la face interne des membres inférieurs avait un peu diminué, mais persistait toujours. Il est donc probable que la gêne circulatoire a dû jouer un rôle important dans la pathogénie de cette curieuse lésion cutanée. On peut supposer qu'il existe des altérations simultanément dans la veine porte et la veine cave. En tout cas, la notion de cette cirrhose nous a paru nécessiter cette note additionnelle à notre observation.

Perforation syphilitique précoce de la voûte palatine.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années. La perforation mesure 2 centimètres et demi de long sur 1 de large et occupe la partie moyenne de la voûte palatine osseuse, à distance égale du voile et de l'arcade dentaire. Le sequestre était formé par les deux apophyses palatines du maxillaire et la portion adjacente du vomer.

Une telle lésion est d'observation commune, aussi ce malade n'aurait-il pas été présenté s'il n'y avait eu quelques conditions particulières qui sont :

1° La précocité de cette perforation dont les premiers indices se sont montrés au onzième mois de la syphilis.

Le chancre était de septembre 1896 et dès les premiers jours d'août 1897 le malade souffrait au palais.

2° Le fait que le mal s'est développé malgré une mercurialisation préventive intense et prolongée. Sur le conseil d'un médecin de la ville le malade s'était traité dès la période chancreuse.

Il prenait vingt jours par mois 10 centigrammes de protoiodure ; et pendant les dix jours complémentaires 5 gouttes de liqueur de Fowler et du quinquina. Ce traitement suivi pendant six mois n'a pas empêché la nécrose palatine de se faire quatre mois plus tard. A-t-il eu quelque effet sur les accidents secondaires ? Il est difficile d'en juger d'après les réponses du malade, qui semble n'avoir eu que de la roséole et quelques plaques muqueuses. On ne trouve sur le corps aucune cicatrice. Aujourd'hui, après dix-huit mois, l'induration chancreuse est encore très considérable.

M. Fournier. — Nous savons par une expérience regrettable que le traitement mercuriel échoue souvent et que le mercure n'a pas cette puissance invincible qu'on lui attribue en général.

M. Besnier. — Ce qu'indique régulièrement l'échec d'une médication mercurielle appliquée à une lésion *certainement* syphilitique, c'est que la dose de mercure n'a pas été portée au degré nécessaire, lequel varie non seulement pour chaque malade, *mais encore chez un même sujet varie pour les divers éléments spécifiques.*

En voici un exemple choisi entre beaucoup d'autres, et des plus instructifs :

Un malade de mon service, atteint de syphilides secondaires généralisées anomales, ulcérantes sur le mode phagédénique, est soumis aux injections hypodermiques de calomel à la dose de 5 centigrammes. Succès brillant et rapide pour la totalité des ulcérations, à L'EXCEPTION D'UNE SEULE, occupant la lèvre supérieure, et qui continua à évoluer phagédéniquement malgré la continuation des injections, et malgré l'emploi des modificateurs locaux les plus variés. Après en avoir délibéré avec M. Fournier, je doublai la dose de calomel injecté, 10 centigrammes. Le résultat fut immédiat et la guérison rapide.

Plaques muqueuses tardives.

Par M. Barbe.

A plusieurs reprises l'on a signalé l'apparition tardive d'accidents syphilitiques secondaires, tels que plaques muqueuses, syphilides papulo-érosives... Dans son intéressant rapport au Congrès de Londres sur la durée de la période contagieuse de la syphilis, notre très regretté collègue Feulard avait eu le soin de rassembler tous les cas de syphilides secondaires qui se manifestaient encore après quatre années d'infection et qui avaient été des sources de contagion.

Dans ce rapport Feulard cite des observations de plaques muqueuses survenant huit, neuf années après le début de la syphilis. Il rapporte deux faits encore plus extraordinaires, dus au professeur Fournier. Dans le premier, il s'agit d'un syphilitique atteint au bout de 18 ans d'infection d'érosions linguales et d'une syphilide scrotale d'aspect aussi secondaire que possible et communiquant la syphilis à sa femme ; le deuxième concerne un syphilitique, fumeur enragé, qui avait constamment des érosions buccales depuis 17 ans et qui donna également la syphilis à sa femme.

Dans son excellent article *Syphilis* du Traité de médecine de M. Brouardel, M. Balzer dit qu'il a vu plusieurs éruptions de plaques muqueuses de la langue se succéder chez une jeune fiille syphilitique héréditaire, âgée de 16 ans. Le même auteur a observé à l'hôpital du Midi deux malades qui avaient eu des séries annuelles de syphilides papulo-érosives (toujours au scrotum et au fourreau de la verge), l'un depuis 12 ans, l'autre depuis 18 ans.

Moi-même j'ai eu l'occasion de voir à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine deux faits de plaques muqueuses tardives, indéniables, car les malades ont été montrés à M. Gaucher qui a confirmé le diagnostic porté.

Le premier a été observé il y a 3 ans environ ; j'ai hésité à le présenter à cette époque, parce que je ne connaissais pas d'exemples de plaques muqueuses aussi tardives ; il s'agissait d'un homme qui avait eu 20 ans auparavant un chancre diagnostiqué chancre syphilitique par Ricord, suivi d'ailleurs d'accidents secondaires. Au moment où je l'observai, ce malade présentait une éruption de plaques muqueuses hypertrophiques situées autour de l'anus, qu'il était impossible de confondre avec des hémorrhoïdes confluentes. Il n'avait aucun autre accident.

Le second fait a trait a une femme de 45 ans, non alcoolique, qui sait avoir contracté de son mari la syphilis il y a 17 ans. A cette époque elle eut un chancre aux organes génitaux, suivi d'accidents secondaires qui revenaient incessamment et pour lesquels elle fut soignée à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis. La malade, assez intelligente, soutient que depuis cette époque sa bouche n'a jamais été totalement exempte de boutons. Depuis 6 mois, elle présente des plaques muqueuses à la face postérieure de la lèvre inférieure où il existe actuellement 2 plaques chacune de la grandeur de 2 lentilles réunies, assez saillantes et avec teinte opaline.

A gauche de la pointe de la langue, sur son bord, existe une ulcération produite par une petite molaire déviée en dedans. L'examen du reste de la bouche montre à la face interne de la commissure buccale droite la présence de quelques plaques leucoplasiques et sur la face dorsale de la langue, près du bord droit, l'existence d'une fissure avec plaque leucoplasique autour d'elle. Ces lésions étaient tout à fait distinctes des 2 plaques muqueuses précédentes. Le traitement général a eu facilement raison de ces plaques muqueuses, tandis que l'ulcère dentaire et la leucoplasie persistent encore.

Ces cas, rares à la vérité, montrent qu'on ne peut donner patente nette à un syphilitique qui veut se marier et qu'il faut toujours prévenir ce dernier des chances de contamination tardive.

Sclérodermie diffuse.

Par M. Faivre.

La nommée Marie L..., 45 ans, employée aux travaux des champs, fait remonter, d'après ce qu'elle a ouï dire, le début de son affection à l'âge de quinze mois.

Son père est mort de vieillesse ; sa mère, qui a vécu jusqu'à l'âge de 82 ans, aurait été folle (?) pendant trois mois ; son frère et sa sœur ont été enlevés, l'un par une affection chronique de la poitrine, l'autre par un cancer du sein.

Elle-même, venue parfaitement à terme, était belle enfant pendant la première année de son existence; mais, dès le début du treizième mois, la peau des membres d'abord, plus particulièrement au niveau de la face antérieure des avant-bras et des jambes, de la face ensuite, commença à devenir épaisse et farineuse. Les accidents prirent une extension progressive telle qu'à l'âge de 20 ans, la situation était la même qu'aujourd'hui. Durant le cours d'une fièvre typhoïde contractée en 1870, toute trace du mal aurait disparu pour revenir avec une intensité nouvelle trois ou quatre mois après la convalescence.

État actuel. — Les cheveux, tombés sous l'influence de l'infection éberthienne, ont parfaitement repoussé avec une coloration noire foncée et une solidité à toute épreuve; mais le cuir chevelu est tapissé d'une couche squameuse, psoriasiforme, c'est-à-dire blanchâtre, épaisse, adhérente et traversée par les cheveux.

La physionomie de la face est comme momifiée : l'aspect est d'autant plus impressionnant que toutes ses parties sont profondément atteintes, ce qui a valu à la pauvre fille la réputation de sorcière à plusieurs lieues à la ronde. De fait, le front ne présente pas la moindre mobilité ; les régions temporales sont recouvertes de squames nacrées et l'hypoderme est sillonné de veinules ; le fonctionnement des glandes sudoripares est nul à ce niveau.

Les sourcils et les cils sont absents; les paupières, depuis longtemps en ectropion, ne permettent qu'à demi l'occlusion des globes oculaires ; d'où le développement de kératites ulcéreuses à marche torpide permettant juste à la malade de se conduire.

Point intéressant à noter, le nez est normal, nullement effilé ; les narines ont leurs orifices bien ouverts. La bouche, par contre, ne peut s'ouvrir qu'incomplètement en raison du raccourcissement des lèvres par rétraction pseudo-cicatricielle n'entravant pas cependant l'alimentation. Il n'y a plus aucune dent à la mâchoire supérieure ; la mâchoire inférieure est, au contraire, bien garnie. La langue présente un tremblement fibrillaire des plus accusés sans amyotrophie. Rien de particulier en ce qui concerne le voile du palais, les piliers et la luette. Le conduit auditif externe est perméable et l'ouïe parfaite; le pavillon de l'oreille, dur et rigide, est bien écarté de la région temporale; mais son extrémité supérieure, non lobulée, est remarquablement effilée.

La peau des joues est collée sur le squelette ; le menton est tapissé de fines écailles, blanchâtres sur un fond rosé, épaissi, le tout disposé suivant des lignes courbes obliques à directions divergentes aboutissant au sillon sous-labial et rappelant le pityriasis pilo-sébacé. Le cou est entouré d'une demi-collerette postéro-latérale psoriasiforme remontant vers la nuque, et cessant à l'angle du maxillaire. Il semble y avoir un commencement d'hypertrophie du corps thyroïde.

Les régions sus et sous-claviculaires sont indemnes ; la peau est souple à leur surface; les seins sont porteurs de deux plaques sclérodermiques absolument symétriques ; le mamelon, déformé et rétracté en ombilic, a une consistance kératosique.

Les poils de l'aisselle sont normaux ainsi que l'épiderme. Il en est de

même à la région épigastrique, dans toute l'étendue de l'abdomen et au pubis.

Çà et là, à la région dorsale, des taches, des gouttes psoriasiformes avec un arrêt très net suivant la ceinture lombaire.

Nous arrivons aux membres qui sont plus nettement sclérodermiques. Les deux placards situés à la base du deltoïde nettement symétriques, laissant un V de peau saine, rappellent encore le psoriasis ; mais l'état scléreux augmente progressivement d'intensité caractéristique à mesure qu'on avance vers la main. Au point de vue de la dureté des tissus sous-cutanés, les faces antérieure et postérieure des avant-bras sont également atteintes ; les poignets ont la consistance du carton. Tous les mouvements de l'articulation sont conservés ; mais il y a une atrophie très prononcée des muscles.

Les doigts de la main droite sont déformés, en flexion permanente, crochus et effilés. Le pouce est étranglé au niveau de la première phalange, tandis que la seconde est renflée en massue ; il est le siège d'une hyperkératose unguéale très avancée avec stries transversales, noirâtres. L'index est également effilé et atrophié, tandis que le petit doigt ficelé au-dessous de l'ongle a conservé sa direction normale en forme d'aiguille.

Il existe au niveau de la tête du troisième métacarpien une production cornée très dure, nacrée, s'enlevant par écailles imbriquées.

La main gauche est encore plus déformée que la droite ; mais les doigts, dont le petit est fléchi à angle droit, sont moins effilés ; les espaces interdigitaux sont très rétractés. Les os ne semblent pas atteints ; les mouvements des petites articulations ne sont bridés que par les tissus sous-jacents.

Les membres inférieurs ne sont intéressés qu'à partir du genou. Deux plaques allongées suivant le tendon du biceps forment un bracelet bien visible dans le creux proplité qui est comme quadrillé. Les mollets sont le siège de plaques pigmentées, vitiligoïdes, tandis que la région antérieure des jambes est épargnée. Même anneau autour du cou-de-pied qu'autour du genou. Les pieds ne présentent rien de particulier, si ce n'est de l'hyperkératose unguéale.

Nous avons affaire à une femme active, travailleuse, relativement intelligente, habituée à vivre avec son infirmité et ne se disant affectée que par l'état de ses yeux. La sensibilité au froid n'est nullement exagérée chez elle ; de même elle ne transpire que modérément sous l'influence de la chaleur. L'analyse des urines est négative ; les grandes fonctions s'accomplissent normalement.

Arrivé au terme de cette observation, aussi complète que nous l'a permis un examen sommaire quant au temps accordé par la malade, nous avouons notre embarras à porter un diagnostic précis.

Il ressort cependant de l'ensemble que le maximum des lésions s'observe au niveau des parties découvertes souvent exposées sans ménagement ni limites autres que celle de la pudeur à l'air et au soleil surtout. Non pas que la pellagre soit en cause ; nous n'en voulons

pour preuve que l'extension aux dernières phalanges et l'absence de troubles généraux, en particulier nerveux.

S'il nous fallait préciser, nous dirions volontiers que, de ce cas complexe, ressort très nettement la sclérodactylie accompagnée d'une sclérodermie généralisée diffuse dont les complications oculaires aussi avancées sont peu fréquentes et dont l'origine nous échappe.

Le pronostic nous semble aggravé du fait même des lésions cornéennes. Nous nous proposons, outre le traitement local, d'essayer la médication thyroïdienne, faisant des réserves au sujet des points qui rappellent le psoriasis.

Note sur un lio-myôme solitaire de la peau.

Par M. Ch. Audry (Toulouse).

Voici une observation pour servir à l'histoire clinique et histologique des myômes de la peau :

Une robuste jeune femme de 32 ans se plaignait d'une petite tumeur qui occupait la peau du bras gauche au niveau de l'insertion deltoïdienne et sur la face postérieure du membre. Elle ne savait pas du tout à quoi en attribuer l'origine et savait seulement qu'elle la portait depuis plus de dix ans; elle ignorait du reste si elle l'avait auparavant. A cette époque elle était constituée par un petit grain qui s'était accru avec une extrême lenteur. Il n'y avait jamais eu de douleurs vives ; cependant, la tumeur était devenue un peu sensible depuis quelques mois.

Au point indiqué, il y avait une petite néoplasie grosse comme un pois, enchâssée dans le derme. L'épiderme qui la recouvrait était au niveau de l'épiderme voisin. Cependant, il adhérait manifestement à la petite masse intradermique. Celle-ci était très superficielle. Arrondie, elle avait une consistance très ferme, élastique; sa couleur était celle de la gelée de pomme, c'est-à-dire d'un jaune brun, légèrement rougeâtre. Il n'y avait pas d'inflammation ni de vascularisation au pourtour ; pas d'adhérences aux parties profondes.

Je pensai à un myôme de la peau et l'excisai.

Le nodule était composé par un tissu compact, blanchâtre, fibroïde, baignant dans le tissu cellulo-graisseux. Il n'était pas enkysté.

Alcool. Essence de cèdre. Coloration par l'hématéine (éosine et picro-fuchsine), le bleu polychrome (glycerinæthermischung, bleu, fuchsine, orange au tannin), orcéine, picro-carmin de Ranvier. L'orcéine avec le bleu polychrome et le picro-carmin de Ranvier donnèrent les meilleurs renseignements.

Épiderme. Un peu d'amincissement de la couche cornée et de la couche granuleuse. Éléidine normale ; kératohyaline peu abondante. Espace périnucléaire des cellules malpighiennes très accusé.

Dans son ensemble, l'épithélium semble un peu épaissi aux dépens du corps muqueux ; les papilles sont très prononcées.

Au demeurant, l'épithélium est sensiblement normal. Derme papillaire absolument sain.

Poils et glandes. — Dans leur structure, ils sont normaux ; mais leur topographie présente des particularités remarquables.

La néoplasie étant globuleuse, apparaît circulaire sur les coupes ; elle se rapproche de l'épiderme par son sommet qui est d'ailleurs fortement aplati. Nulle part les glandes et les poils ne pénètrent dans le néoplasme même : mais sur les bords, ils occupent leur étage normal. Au fur et à mesure qu'on se rapproche du pôle de la tumeur, le tissu conjonctif normal où ils baignent diminue d'épaisseur et ils peuvent de moins en moins s'allonger. En fin de compte, ils arrivent à disparaître presque complètement entre la tumeur et l'épiderme ; cependant, dans la mince couche de tissu cellulaire sous-jacente à l'épithélium on retrouve, en deux ou trois points, des poils avec leur gaine sébacée, fortement comprimée, repoussée en dehors, refoulés presque dans les papilles même.

Ainsi, le néoplasme nous apparaît comme développé au niveau ou un peu au-dessous du niveau des follicules pileux.

Tumeur. — La tumeur même baigne positivement dans le tissu conjonctif dont rien ne la sépare d'une manière brusque et nette. Le tissu conjonctif est entièrement sain, complètement dépourvu d'inflammation, et avec un réseau élastique normal.

Examinées à un faible grossissement, les coupes colorées à l'orcéine offrent au niveau du néoplasme un premier caractère frappant : la raréfaction considérable du réseau élastique. Cette raréfaction s'annonce assez brusquement. Dans l'aile du néoplasme, on retrouve çà et là des travées élastiques dispersées, dissociées les unes dans les autres, encore robustes, non morcelées ni rongées, mais séparées par le tissu fondamental de la tumeur, tissu qui n'en présente point de traces.

Le tissu du néoplasme est formé par des éléments extrêmement allongés, tous plus ou moins parallèles, qui paraissent plexiformes sur les préparations montées dans la résine de Dammar, mais plus homogènes, plus denses sur les coupes colorées du picro-carmin et montées dans la glycérine. Ces éléments franchement fusiformes sont colorés en rose jaunâtre par le carmin, et leur noyau est également allongé et fusiforme. Ce sont des fibres musculaires lisses, faciles à distinguer des cloisons conjonctives qu'on retrouve encore dans l'intimité même du tissu néoplasique. Elles sont dirigées dans tous les sens, coupées sous des angles variables, et dans quelques points nettement et solidement fasciculées.

Cette masse musculaire baigne, comme on l'a vu, dans une atmosphère de tissu conjonctif ordinaire très mince du côté du tissu cellulo-graisseux. Elle n'a évidemment aucune connexion avec les organes profonds.

Il est extrêmement probable qu'elle représente une hypertrophie des arrecteurs des poils, peut-être d'un seul poil disparu ou refoulé. Sur la marge, en un point, on voit manifestement une bande de fibres lisses se dégager, plonger en plein tissu cellulaire et aller s'appliquer sur une gaine pilo-sébacée.

Il n'y avait pas de vaisseaux dans le tissu néoplasique.

Je renvoie à l'*Histopathologie der Hautkrankheiten* de Unna (p. 869) le lecteur désireux de connaître ce que nous savons sur l'anatomie pathologique des myômes de la peau. Il faut surtout consulter la note de Besnier et Doyon aux Leçons de Kaposi (t. II, p. 346) et la thèse de Phélisse (Paris, 1887).

Je me borne à insister sur ce fait que le tissu élastique se retrouve dissocié et raréfié mais non morcelé ni érodé ni étouffé entre les faisceaux de fibres musculaires, il se comporte donc très différemment de ce qui se passe quand il s'agit d'une inflammation, d'une néoplasie maligne ou d'une néoplasie fibreuse. Comme les dermatomyômes sont rares, c'est un point de leur structure qui n'était peut-être pas suffisamment connu.

Sur un impétigo herpétiforme du gland.

Par M. Ch. Audry (Toulouse).

Louis D..., cordonnier, âgé de 18 ans, se présente à la consultation de la clinique le 5 décembre 1897. Le début des accidents qui nous l'amènent remonte à une huitaine de jours. A cette époque, la nuit même qui suivit un coït il sentit des picotements sur le gland et fit quelques lavages avec de l'eau phéniquée. Quand il se présenta à la policlinique, il offrait sur la face interne du prépuce 2 ou 3 vésico-pustules qui parurent être des éléments d'herpès. Deux jours plus tard, la moitié inférieure du gland était envahie ; enfin, sur la face cutanée du prépuce de chaque côté du filet apparut une érosion circulaire.

La zone malade du gland était recouverte par une couche de pus sous-épidermique. Il était manifeste que cette couche résultait de la coalescence d'une série de pustules circulaires, ombiliquées, de 0,005 de diamètre environ, absolument varioliformes, très semblables les unes aux autres. Les bords étaient dessinés par des segments de cercles très nets. Enfin, tout à fait à la marge, on retrouvait encore isolées 2 ou 3 belles pustules, bien ombiliquées, bien rondes, à bords nets sur un tégument un peu rouge.

Les érosions du prépuce étaient arrondies, couverte d'un exsudat purulent, un peu creuses, dépourvues d'induration.

Le tout assez douloureux, accompagné d'un phimosis incomplet, et de quelques ganglions petits, peu douloureux, occupant l'un et l'autre les plis inguinaux.

Les lotions boriquées et l'iodoforme n'amenant aucune amélioration, le malade entre à la clinique, salle Saint-Victor, le 11 décembre 1897.

A ce moment les pustules du début se sont érodées. La lésion est représentée par une surface suppurée, presque diphtéroïde, recouverte

d'un exsudat blanc adhérent à un fond déprimé plutôt que creusé. L'œdème et la rougeur sont assez violents. Les deux érosions du bord cutané du prépuce sont tout à fait chancriformes. On inocule l'exsudat de la plaque balanique et celui d'une des érosions ; résultat négatif, sauf une légère rougeur et une fine gouttelette de pus tarie spontanément en deux jours ; 2e inoculation : résultat également négatif.

Amélioration par la poudre d'acide borique.

Circoncision le 24 décembre : réunion par première intention sans aucun incident. A ce moment, les érosions sont guéries, mais non le gland.

Le 5 janvier, la circoncision est guérie ; de chaque côté du gland, en bas, existe une perte de substance, une ulcération vraie de 1 centimètre de diamètre, peu profonde, à fond rouge et bourgeonnant, limitée par un bord d'épidermisation.

Le 10 janvier, la cicatrisation est très avancée, mais non complète. Il n'existe aucun signe de syphilis ; l'adénopathie a considérablement diminué. Il sort le 11 janvier.

Le 17 janvier, les deux ulcérations sont à peu près complètement cicatrisées. Aucun accident pouvant se rapporter à la syphilis.

Le Secrétaire,

LEREDDE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 juin 1897.

Deux cas de purpura.

MM. Hirtz et Bernheim rapportent les observations de deux malades atteints de purpura cachectique.

L'un est un homme de 42 ans, ancien paludéen, ayant eu des épistaxis répétées auxquelles il finit par succomber, et qui était atteint, deux mois et demi avant sa mort, de pétéchies multiples.

L'autre est un homme de 52 ans, surmené par un travail fatigant et s'alimentant mal, qui entra à l'hôpital avec un facies légèrement bronzé rappelant celui des addisonniens, les téguments et les muqueuses décolorées, et qui avait sur différentes régions du corps de larges ecchymoses. Sous l'influence des toniques, l'état général se releva rapidement et les blennorrhagies ne se reproduisirent plus.

Séance du 9 juillet 1897.

Anesthésie dans la lèpre.

M. Jeanselme conclut de ses recherches que l'anesthésie dans la lèpre a une répartition manifestement symétrique ; elle débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine. L'anesthésie des parties profondes du derme est, en général, moins marquée et plus tardive que celle des parties superficielles. Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire. Cette anesthésie segmentaire de la lèpre diffère par ses caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie; elle a été précédée d'une anesthésie rubannée et n'est jamais limitée par une ligne de démarcation d'une précision géométrique. L'anesthésie n'occupe pas la zone de distribution périphérique d'un tronc nerveux, la disposition rubannée paraît commandée par une altération des racines postérieures de la moelle. L'anesthésie de la face et du tronc, sans être rare, est moins fréquente que celle des membres.

Au début, tous les modes de la sensibilité ne sont pas simultanément abolis : la thermo-analgésie l'emporte ordinairement de beaucoup sur l'anesthésie tactile; à une période avancée, la dissociation imparfaite de la sensibilité fait place à l'anesthésie absolue; il est fréquent de voir la sensation thermique n'être perçue qu'un certain temps après la sensation tactile. Les perversions sensitives et les erreurs de localisation ne sont pas rares. L'anesthésie n'est pas circonscrite dans des limites invariables;

elle comprend deux zones, l'une fixe, qui correspond aux régions les premières et les plus profondément atteintes dans leur sensibilité, l'autre mobile, au niveau de laquelle la sensibilité est seulement frappée de stupeur et non éteinte.

Par ces caractères, l'anesthésie de la lèpre diffère de celle de la syringomyélie, dans laquelle l'anesthésie est souvent asymétrique, presque toujours segmentaire d'emblée sur les membres et de forme vestimentaire sur le tronc, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes.

Séance du 16 juillet 1897.

Rapports de la lèpre avec la syringomyélie et la maladie de Morvan.

MM. Kalindero et Marinesco. — Cliniquement la lèpre peut être distinguée de la syringomyélie. Le masque facial avec ou sans diplégie faciale périphérique n'existe pas dans la syringomyélie non plus que la chute des sourcils et des cils. La main du lépreux peut présenter les mêmes caractères que celle du syringomyélique, mais chez celui-ci on ne rencontre jamais la *main en patte d'ours*, caractérisée par le raccourcissement des doigts par suite de l'atrophie de la dernière phalange, par l'inégalité de volume des doigts avec atrophie de leur extrémité et étranglements annulaires sur leur longueur, par la mobilité anormale des phalanges due à l'atrophie ou à la disparition de leur squelette osseux qui est souvent le siège de fractures spontanées et est devenu véritablement ostéomalaque par résorption des sels calcaires. Les membres inférieurs sont beaucoup plus souvent le siège de troubles sensitifs et trophiques dans la lèpre que dans la syringomyélie. Les troubles sensitifs dans la lèpre ont une disposition irrégulière, ne correspondant pas à la distribution d'un nerf périphérique ; leur limite est diffuse.

Anatomiquement, la syringomyélie diffère profondément de la lèpre et on n'y rencontre pas le bacille de Hansen.

La présence de celui-ci permet d'affirmer le diagnostic de la lèpre. Il faut cependant reconnaître qu'il est souvent difficile à trouver dans les lésions lépreuses et que dans certains cas le diagnostic doit se baser sur les données de la clinique.

Séance du 23 juillet 1897.

Localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx.

MM. Jeanselme et Laurens ont examiné 25 malades atteints de lèpre tégumentaire ou mixte et chez 15 ont trouvé les lésions des fosses nasales de la bouche, de la gorge et du larynx directement imputables à la lèpre.

Un coryza chronique avec croûtes est souvent la première manifestation de la lèpre, ce qui conduit à penser que le bacille de Hansen pénètre souvent dans l'organisme à la faveur d'une érosion insignifiante de la pituitaire ; l'épistaxis peut être un phénomène révélateur de la lèpre, de même que l'hémoptysie pour la tuberculose pulmonaire. A une période avancée, il peut se produire une déformation, résultant de ce que le nez se busque

ou prend la forme dite en lorgnette; ces déformations sont la conséquence de perforations de la partie inférieure de la cloison nasale. Outre le coryza lépreux qui se traduit par la rougeur de la muqueuse, il peut y avoir des tubercules de la pituitaire; la pituitaire est souvent anesthésique, qu'il y ait ou non des lésions tuberculeuses à son niveau. Dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, comme dans le sang des épistaxis, on peut trouver le bacille de Hansen, ce qui permet le diagnostic bactériologique précoce et comporte des déductions importantes au point de vue de la prophylaxie.

Les lésions de la langue, de la voûte palatine, de la gorge et du larynx peuvent simuler à s'y méprendre celles de la syphilis secondaire ou tertiaire, mais la présence de l'anesthésie permet de reconnaître la lèpre.

Séance du 15 octobre 1897.

De l'œdème segmentaire.

M. Debove présente une femme de 22 ans, atteinte de rétrécissement mitral parfaitement compensé, et ne pouvant expliquer l'œdème des membres inférieurs. Celui-ci, plus marqué à droite qu'à gauche, occupe le pied, la jambe et la cuisse, mais respecte le pourtour des articulations, s'arrête à la fesse et n'atteint pas les organes génitaux. Il présente quelques analogies avec des faits qualifiés d'éléphantiasis ou d'œdème névropathique, mais diffère de l'éléphantiasis par l'absence de pachydermie et ne peut vraisemblablement pas être rapporté à une origine nerveuse : la cause demeure inconnue.

Séance du 29 octobre 1897.

Sur un cas de purpura attribué à l'intoxication par la benzine.

MM. Le Noir et Claude rapportent l'observation d'un homme de 27 ans, exerçant la profession de teinturier, intoxiqué par la benzine ; hémorrhagies nasales, pétéchies multiples, disséminées sur les différentes régions du corps, se répétant pendant 4 mois. A l'autopsie, hémorrhagies pulmonaires et épanchement pleural hémorrhagique.

Séance du 5 novembre 1897.

Arthropathies blennorrhagiques.

M. P. Claisse présente une jeune fille de 19 ans qui, à l'occasion d'une blennorrhagie, a vu survenir des douleurs péritonéales et des nodosités formant un chapelet au niveau des cartilages costaux; des phénomènes analogues sont apparus à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse supérieure des deux tibias : aucune lésion des synoviales tendineuses et articulaires.

Séauee du 12 novembre 1897.

Infection gonococcique généralisée.

MM. Rendu et J. Hallé rapportent l'observation d'une femme de 30 ans, entrée à l'hôpital avec une métrite hémorrhagique au cours de laquelle

survinrent des symptômes obscurs d'infection générale, puis un œdème phlegmoneux du coude gauche et une endopéricardite; mort six semaines après le début des phénomènes d'infection. A l'autopsie, endocardite végétante limitée à l'orifice aortique sans infarctus dans les viscères; altérations dégénératives des reins, du foie et de la rate.

Les cultures du liquide extrait pendant la vie de la cavité du col utérin ont donné le gonocoque et un fin bacille très abondant dans les voies génitales de la femme. Celles du liquide extrait, pendant la vie, de l'œdème phlegmoneux du coude ont donné, à l'état de pureté, un gonocoque particulièrement virulent, qui a tué les souris en quelques heures. Les végétations aortiques, par l'examen sur lamelles, sur coupes et par cultures, ont donné le gonocoque à l'état de pureté; ce micro-organisme a également pu être constaté dans les lésions péricardiques. G. T.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séance du 9 avril 1897.

Épithélioma et leucokératose bucco-linguale.

MM. Et. Cestan et Aug. Pettit rapportent 12 observations de leucoplasies bucco-linguales plus ou moins dégénérées, examinées histologiquement et que l'on peut répartir en 3 groupes : *a*) leucoplasies simples; *b*) leucoplasies suspectes au sujet desquelles le microscope ne peut ni infirmer ni confirmer le diagnostic clinique d'une leucoplasie sans doute trop avancée; mais en tous cas il peut affirmer qu'il n'y a pas de cancer ; *c*) d'épithéliomas manifestes, accompagnés de leucoplasies, mais dans lesquels les lésions sont trop avancées pour que l'on puisse suivre la transformation de leucoplasie en cancer.

C'est seulement dans les cas où la leucokératose était de date récente qu'elle ne se compliquait pas d'altérations néoplasiques.

Ces faits contribuent donc à prouver que toutes les leucoplasies soit buccales, soit vulvo-vaginales, soit des muqueuses urinaires, doivent presque fatalement évoluer vers le néoplasme.

Séance du 14 mai 1897.

Kyste sébacé du prépuce.

M. Péraire présente une tumeur située à la partie inférieure du prépuce du volume d'une noix, rénitente, sans bosselure, qui enlevée et examinée confirme le diagnostic de kyste sébacé; son origine paraît due à une inclusion traumatique épithéliale.

Séance du 21 mai 1897.

Petite tumeur sous-cutanée de la face palmaire du pouce de la main gauche, constituée par un fibrome entouré d'une lame épidermique.

M. Demoulin présente une tumeur sous-épidermique du volume d'une

lentille, développée chez un garçon de 12 ans, à la suite d'une piqûre à la face palmaire du pouce gauche au niveau du pli de flexion de la première phalange sur la deuxième.

L'ablation fit voir que cette tumeur était implantée sur la gaine du tendon fléchisseur, sans aucun rapport avec ce dernier; elle était entourée d'une membrane mince de structure épidermique; quant à la tumeur, elle présentait tous les caractères du fibrome. M. Demoulin explique ainsi ce développement : l'irritation due à la piqûre a fait proliférer la gaine du tendon : d'où fibrome ; de plus, l'instrument piquant a dû entraîner une parcelle d'épiderme qui a continué à se développer : d'où la lamelle épidermique qui entourait la tumeur.

Séance du 11 juin 1897.

Deux cas de molluscum pendulum.

M. Termet présente deux tumeurs :

1° Femme de 49 ans, portant à la cuisse gauche une tumeur grosse comme une tête d'enfant, de consistance lipomateuse, indurée en quelques points et dont le pédicule a environ 10 centimètres de largeur, l'apparition de cette tumeur remonte à 30 ans. Ablation. Poids, 1,340 grammes. A la coupe, masses lipomateuses circonscrites par du tissu fibreux plus dense en certains points.

2° Femme de 42 ans, portant à la face interne de la cuisse gauche une tumeur pédiculée du volume d'une mandarine, ayant débuté il y a dix ans. Même structure que la précédente.

De l'élimination du pigment noir dans la maladie bronzée.

M. Castaigne, au cours d'une autopsie de maladie d'Addison, remarqua que, outre les muqueuses et la peau, les ganglions lymphatiques de l'aine, de l'aisselle, du creux poplité étaient infiltrés de pigments ; en colorant les coupes au carmin, en les traitant par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, l'on peut différencier deux sortes de pigments : le premier, noir, se trouve dans les vaisseaux, le second, jaune ocre, est infiltré un peu partout et se retrouve par la réaction précédente caractéristique des sels ferriques.

Il semble que l'on soit en présence de deux pigments différents et que leur existence dans les ganglions soit due à ce fait que les pigments étant trop abondants pour être éliminés avec l'épiderme l'excès de pigment remonte par la voie lymphatique au ganglion où il serait digéré.

Séance du 18 juin 1897.

Angiome des lèvres et bec-de-lièvre.

M. de Bovis rapporte deux observations, l'une due à M. Lannelongue et l'autre personnelle, d'après lesquelles il semble à priori qu'il y ait antagonisme entre la présence d'un angiome et le développement d'un bec-de-lièvre; angiome rudimentaire et bec-de-lièvre bien visible dans le cas de M. Lannelongue ; bec-de-lièvre rudimentaire et angiome bien développé au contraire dans l'observation qu'il cite.

Kyste du prépuce.

MM. Griffon et Ségall présentent des coupes de la paroi d'un kyste développé sur la face supérieure de la verge ; ce kyste, du volume d'une noix, occupait sur la ligne médiane le repli supérieur du prépuce.

Par l'absence d'élément sébacé et d'élément glandulaire le diagnostic de kyste sébacé est exclu ; la constatation d'un revêtement épithélial superficiel, de squames aplaties se détachant de la surface, de pigment brun infiltrant les poils et qui n'est pas de l'éléidine, font penser qu'il s'agit d'un kyste dermoïde malgré les caractères du contenu et l'absence de poils.

Epithélioma de la région orbitaire avec destruction de l'os frontal et abcès intra-cérébral du lobe correspondant.

M. A. Jeanne présente les pièces de l'autopsie d'une femme de 68 ans, atteinte d'un large épithélioma ulcéré de l'angle interne de la région orbitaire droite, chez laquelle, à la suite d'une perforation de l'os frontal, la mort survint par suite d'accidents cérébraux dus à un abcès du lobe frontal du cerveau.

Séance du 25 juin 1897.

Cysticerque du front simulant une loupe.

M. Monnier rapporte l'observation d'une jeune femme de 28 ans qui portait depuis deux ans sur le milieu du front une tumeur indolore, du volume d'un pois, ayant la consistance d'une loupe et paraissant sous-cutanée ; en enlevant cette tumeur il sort un filament blanchâtre contenu dans une poche qui est énucléée ; examiné au microscope, ce filament est facilement reconnu pour un cysticerque avec couronne de crochets, quatre ventouses et un corps composé de quelques anneaux.

Séance du 9 juillet 1897.

Épithélioma pavimenteux lobulé en dégénérescence colloïde du lobule de l'oreille.

MM. P. Coudray et G. Dubar présentent une tumeur noirâtre d'apparence cornée, appendue au lobule de l'oreille et ayant débuté il y a 2 ans par une petite saillie dure du volume d'une tête d'épingle. La partie inférieure de cette tumeur, d'une hauteur de 1 centimètre et demi, est d'une dureté absolue, tandis que sa partie supérieure a la consistance du lobule de l'oreille ; elle est séparée du lobule par un sillon très net en avant ; pas trace de ganglion préauriculaire.

L'examen montre que la tumeur est formée en quelques points par des globes épidermiques entourés d'îlots de cellules du corps muqueux de Malpighi ; en d'autres points d'îlots de cellules du corps muqueux de Malpighi formés à la périphérie de cellules normales ; au centre, de cellules en dégénérescence colloïde ; c'est donc un épithélioma pavimenteux lobulé ayant subi en plusieurs points la dégénérescence colloïde.

Leucoplasie linguale et épithélioma.

M. A.-H. Pilliet rapporte l'observation d'un sujet de 58 ans, ancien syphilitique, portant sur le bord droit de la langue, près de la pointe, une série de petites saillies papillaires à sommet arrondi occupant un espace de 3 millimètres ; ces saillies ont succédé à des petites plaques cornées et qui sont tombées spontanément ; depuis 20 ans également ce malade avait des poussées de psoriasis aux coudes et aux genoux. La base de ce papillome n'est pas indurée, est fissurée et donne quelquefois du sang ; le reste de la langue est couvert de plaques minces transparentes comme du verre dépoli.

L'excision puis l'examen histologique montrent qu'il s'agit d'un épithélioma au début à point de départ papillaire.

Séance du 23 juillet 1897.

Épithélioma interstitiel de la partie antérieure de la moitié droite de la langue sous-jacent à une plaque de leucoplasie buccale.

M. A. Jeanne rapporte l'observation d'un malade qui fut opéré 3 ou 4 mois auparavant d'un épithélioma de la pointe de la langue, dont la langue est recouverte de plaques leucoplasiques, et qui est mort de généralisation cancéreuse au poumon, à la plèvre, au cœur, au péricarde, au foie et au rein droit.

Séance du 30 juillet 1897.

Gros nodule épithéliomateux de la peau secondaire à un cancer de l'œsophage généralisé.

M. Charles Levi a observé chez un malade atteint de cancer de l'œsophage, 1 mois et demi avant sa mort et sur la jambe gauche, un œdème lymphatique : au-dessous de cet œdème apparaît une tumeur sous-cutanée, de coloration noirâtre et au niveau de laquelle la peau est légèrement ulcérée. A l'autopsie, l'on constate un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage ; quant à la tumeur, elle a la structure d'un épithélioma pavimenteux. Bien que ces cas soient rares, l'auteur rappelle trois cas de néoplasmes viscéraux généralisés à la peau.

Séance du 29 octobre 1897.

Volumineux séquestre syphilitique de la mâchoire supérieure droite enlevé chez une petite fille. Reproduction osseuse.

MM. Gaudier (de Lille) et Péraire rapportent l'observation d'une fillette âgée de 8 ans, présentant des manifestations de syphilis héréditaire sur l'os palatin et le voile du palais : présence d'un volumineux séquestre visible par la narine droite, disparition de la muqueuse et des cornets, rhinite purulente. Ablation du séquestre qui mesure 7 centimètres sur 5. Deux mois après, reformation complète de l'os et restitution ad integrum.

Ulcérations à bacille pyocyanique. Infection pyocyanique généralisée.

MM. Triboulet et Tollemer rapportent l'observation d'un enfant de 10 mois qui présenta pendant la vie des ulcérations disséminées cupuliformes et arrondies, comparables à certaines ulcérations gastriques : les cultures donnèrent du bacille pyocyanique.

A l'autopsie, le sang du cœur contenait le même bacille. Les coupes de la peau firent voir que les vaisseaux étaient sains, sauf au contact de la surface ulcérée où l'on voit de l'endopéricapillarite, qu'il n'existe de bacilles que dans les couches superficielles du derme, qu'il n'en existe pas dans les capillaires : il semble donc que l'ulcération cutanée ait été la porte d'entrée du bacille qui a déterminé cette septicémie.

Dans le rein on ne retrouve de bacilles qu'à la périphérie des anses de Henle et des tubes collecteurs dans le tissu cellulaire. Dans le foie ils sont très rares et ne se voient que dans le tissu cellulaire au niveau de quelques espaces portes. P. Ravaut.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 30 juillet 1897.

Traitement de l'épithélioma par la solution arsenicale.

M. Borde rapporte un cas d'épithélioma de la face qui récidiva quelque temps après une intervention chirurgicale. A la deuxième intervention il fit au point d'implantation de la tumeur des badigeonnages avec la solution arsenicale de Cerny et Trunecek (de Prague). Ce badigeonnage fut renouvelé tous les deux jours et au bout de peu de temps la guérison était complète.

Séance du 22 octobre 1897.

Traitement de l'épithélioma par la solution arsenicale.

M. Davezac présente une malade de 83 ans qui, depuis un an environ, était atteinte d'un épithélioma du nez, de 8 millimètres de diamètre. Malgré une intervention chirurgicale large, au thermocautère, la récidive ne tarda pas à se produire. La guérison a été obtenue par les applications de la solution de Cerny à 1 p. 100.

Séance du 26 novembre 1897.

Lupus érythémateux chez un enfant.

M. Frèche présente un enfant de 5 ans et demi, atteint d'un lupus érythémateux typique de la face. Les deux joues, surtout la gauche, et le lobule de l'oreille du même côté sont envahis par la lésion. Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans la famille ; le père de l'enfant a eu cependant des hémoptysies à deux ou trois reprises. D. Frèche.

NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

Séance du 27 avril 1897.

Nævus angiomateux.

Bronson présente une jeune femme de 22 ans, portant un angiome qui s'étendait de la racine du nez à la lisière des cheveux sous forme d'une bande atteignant un pouce de largeur, de couleur pourpre foncé et faisant une saillie d'un quart de pouce. Sous l'influence de l'électrolyse, la saillie a presque complètement disparu et la teinte a beaucoup pâli.

G. T. Jackson est d'avis de continuer l'électrolyse sous forme de piqûres multiples.

S. Sherwell pense que, dans des cas de ce genre, le traitement de choix est l'excision complète suivie d'anaplastie ou de greffe. Il a été autrefois très partisan des ponctions multiples avec des aiguilles cannelées chargées d'acide phénique ou d'acide chromique, il a même fait construire un instrument dans ce but ; après les ponctions, on applique une couche de collodion élastique. Les résultats de cette méthode sont assez variables, elle réussit mieux dans les angiomes érectiles que dans les plans.

Piffard trouve la méthode de l'excision peu pratique ; il préfère les scarifications linéaires avec le cautère actuel, surtout pour les formes planes et superficielles.

Lustgarten a vu l'électrolyse donner au début des résultats excellents mais peu durables, l'angiome se reformait.

Dermite due aux rayons X.

Bronson rapporte l'histoire d'une jeune femme de 33 ans qui, pour l'exploration d'une affection de la hanche, a été cinq fois exposée aux rayons de Röntgen, à des intervalles de quelques jours et pendant une durée de une heure environ chaque fois. Ce n'est que huit à quinze jours après que la malade remarque une éruption de papules rouges, puis une plaque d'un rouge foncé; il se forme ensuite une ulcération profonde qui n'a encore au bout de trois mois aucune tendance à se cicatriser. Cette ulcération a 7,5 centimètres de long sur 4,5 de large, après en avoir eu le double; elle occupe la partie moyenne de l'abdomen. La surface ulcérée est grisâtre, piquetée de points rouges, elle sécrète très peu. Tout autour, règne une surface lisse, atrophique. Les douleurs sont très singulières, elles consistent en un sentiment de brûlure, avec irradiations dans les cuisses et dans l'abdomen. Les poils du pubis sont tous tombés, mais ont repoussé.

Tous les traitements locaux ont été employés sans aucun résultat réellement satisfaisant.

Cutler propose l'extirpation de la partie malade.

Lustgarten remarque l'analogie extrême de la lésion avec celles qui succèdent à l'élimination des plaques de gangrène hystérique.

Cas de morphée.

Bronson présente un homme de 31 ans qui a eu, à 21 ans, la syphilis qui s'est surtout manifestée par des lésions buccales récidivantes. Il y a un an, il a commencé à se plaindre de chaleurs et de sueurs du cuir chevelu après les repas et après un exercice même léger. En novembre dernier il a remarqué une traînée rouge sur le front et, un mois plus tard une ulcération s'est montrée à l'union du frontal et du pariétal ; cette ulcération extrêmement douloureuse s'est graduellement étendue jusqu'à atteindre cinq centimètres de long sur 1 de large. En janvier, une autre lésion semblable se montrait à gauche du vertex et atteignait la grandeur d'une pièce de 50 centimes. En février, quand Bronson a vu le malade, il y avait sur le côté gauche du front deux bandes verticales rougeâtres, un peu atrophiques. L'une, partant de la tête au sourcil gauche, mesurait 7,5 centimètres de long et 2,5 de large, elle ne dépassait pas la ligne médiane. L'autre partait de la queue du sourcil, elle était très nette sur une longueur de 7,5 centimètres, mais se prolongeait par une traînée rouge, visible seulement par moments, jusqu'à la suture fronto-pariétale au point où l'ulcération avait débuté. Ces bandes offraient une coloration générale rouge due à un fin lacis vasculaire avec un semis de petites taches blanches atrophiques, et une sensibilité normale. Sur le prolongement de la traînée externe et commençant au point où se rencontrent les axes prolongés des deux bandes frontales se trouvait un ulcère de 7,5 centimètres de long sur 1 de large ; sa base était rouge, lisse, humide mais sécrétant peu ; les bords étaient amincis sans décollement ni infiltration, avec un contour un peu irrégulier et une légère auréole érythémateuse. Au vertex se trouvait une autre ulcération analogue parfaitement circulaire plus foncée, saignant plus facilement avec un peu d'infiltration dans le voisinage. Au moment de la présentation du malade ce dernier ulcère seul persistait, l'autre avait fini par guérir après quatre mois de soins, laissant une cicatrice déprimée.

Elliot trouve que la lésion fait songer au lupus érythémateux mais sans pouvoir formuler de diagnostic ferme.

Morrow trouve que le cas actuel diffère beaucoup de ce qu'on est habitué à qualifier de morphée ; il y manque la blancheur, l'épaississement de la peau et le liséré violacé. Il penserait à une lésion d'origine nerveuse et remarque que des cicatrices analogues s'observent dans le zona.

A. R. Robinson ne voit dans la lésion actuelle aucune analogie avec la morphée. Il a vu des lésions analogues chez un malade atteint d'hémorrhagie cérébrale.

Bronson dit que ses idées sur la morphée ont été modifiées par sa visite au Congrès de Londres l'année dernière. Les Anglais qualifient de morphée presque toutes les atrophies circonscrites de la peau. On en a présenté au Congrès un certain nombre de cas. Dans les uns l'atrophie avait été précédée d'induration lardacée, ou était entourée d'un rebord violacé, dans d'autres les altérations suivaient un trajet nerveux. Dans deux cas présentés comme morphée, il y avait des bandes atrophiques occupant les mêmes points que chez le malade actuel, mais l'atrophie était

plus accusée. La rougeur doit tenir à la même cause que le liséré violacé classique, c'est-à-dire à ce que la peau devient transparente et laisse voir les vaisseaux. Dans le cas actuel les parties malades sont le siège d'une sensation pénible de tension. W. D.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 4 mai 1897.

Chancre de la langue.

M. Lesser présente un cas d'affection primaire de la face inférieure de la langue. Cette localisation est très rare et peut donner lieu parfois à des erreurs de diagnostic funestes par suite de confusion avec des carcinomes et des sarcomes. Engorgement ganglionnaire caractéristique. Quant à l'étiologie, on peut la rattacher soit à une contagion directe par un baiser, soit à une transmission indirecte en buvant dans un verre contaminé. En raison de l'incommodité de l'affection pour le malade et du grand danger d'infection pour son entourage, Lesser a prescrit ici par exception le traitement antisyphilitique, avant l'apparition des accidents secondaires.

Leucodermie syphilitique.

M. Lesser présente une jeune fille avec une leucodermie syphilitique généralisée ayant envahi le corps tout entier. Infection il y a 5 à 6 mois.

Cancer de la langue chez un syphilitique.

M. Heller présente un malade de 44 ans qui a eu dans les années précédentes, outre une blennorrhagie, un ulcère douteux d'après sa nature. En 1890 il a été soumis par le Dr Behrend à une cure de frictions à cause d'un exanthème. Depuis cette époque le malade remarqua sur le bord gauche de la langue une plaie très douloureuse qui s'est ensuite aggravée et forme actuellement un ulcère de mauvais aspect et à bords saillants semblables à une tumeur. Le malade est en outre alcoolique et grand fumeur. Le cas est intéressant en raison de la lenteur du développement de la lésion linguale et de l'insuccès thérapeutique du mercure et de l'iode. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un cancroïde de la langue. L'orateur conseillera l'opération, bien que d'après les statistiques les malades ne vivent pas en moyenne au delà de 19 mois.

M. Heller a traité un autre cas semblable qui concernait un syphilitique. Une érosion survenue tout d'abord guérit avec l'iodure de potassium. Mais bientôt après il survint un cancroïde du bord de la langue qui fut opéré. Peu après l'opération il se produisit une récidive et le malade est mort.

Lichen ruber.

M. Ledermann présente un malade qui, à la face interne du genou gauche, principalement au-dessus de varices, présente une éruption très prurigineuse dont le diagnostic est douteux. D'après l'orateur, il s'agit d'un lichen ruber plan, tandis que d'autre part on a porté le diagnostic de syphilis.

M. Blaschko présente un malade qui a sur les deux avant-bras un lichen ruber plan typique, sans prurit. En janvier de cette année, il vint consulter l'orateur pour plusieurs symptômes syphilitiques, après avoir déjà suivi une cure antérieure. Les symptômes disparurent avec des injections, tandis que l'affection des bras s'accentuait. L'aspect de l'éruption ressemble à une syphilide en forme d'ombelle ou de grappe. Il est impossible de décider s'il s'agit d'un lichen syphilitique ou d'un lichen chez un syphilitique.

Alopécie syphilitique généralisée.

M. Rosenthal présente un malade atteint d'alopécie syphilitique généralisée. Non seulement les cheveux, mais les sourcils et les poils du pubis sont en grande partie tombés. Sur la tête, alopécie spécifique en cercle typique. Le malade a été infecté au moins de décembre dernier et n'a pas encore été traité. Dans ce cas comme dans toutes les alopécies spécifiques bien développées, il y a une séborrhée caractéristique de la tête.

Des altérations syphilitiques dans le tabes.

M. Kalisher rapporte l'observation d'une sage-femme de 53 ans qui, jusqu'à son mariage (1864), était bien portante. Au bout de huit mois, elle accoucha d'un enfant qui mourut quelques jours après et ensuite trois fois elle eut alternativement un accouchement à terme et un avortement. Elle a encore deux enfants vivants, le troisiéme est mort à l'âge de 20 ans d'une maladie du cerveau. En 1885, pour la première fois, douleurs « rhumatoïdes »; en 1891, elle était obligée de rester au lit en raison d'une ataxie prononcée et actuellement elle présente tous les phénomènes de cette affection. En 1888 apparurent sur les avant-bras des taches brunâtres, comme des éphélides; on les prit d'abord pour des troubles trophonerveux; il s'agissait en réalité d'une syphilide papuleuse.

Il faut donc admettre que, en 1864, elle a été infectée; en 1885, premiers symptômes du tabes, et seulement en 1888, syphilis manifeste. Il est très rare de voir le tabes se compliquer de syphilis. On n'en connaît que peu d'exemples.

Dans le relevé de Westhöfer, de l'Institut pathologique de la Charité, on trouve parmi 61 cas de tabes, dont on a fait la nécropsie complète, 30 avec symptômes syphilitiques probables. En outre, il y a une série de cas avec symptômes tabétiques et syphilis simultanée du cerveau et de la moelle; dans d'autres, le tabes a son point de départ dans une syphilis du système nerveux central. Les faits suivants éclairent les rapports entre le tabes et la syphilis : le tabes infantile (jusqu'à 10 ans) est un pseudo-tabes syphili-

tique, le tabes juvénile (après la dixième année) est un vrai tabes; il faut les rattacher tous les deux à la syphilis acquise ou héréditaire: il n'y a pas d'autres causes à cet âge. L'immobilité réflexe des pupilles ne s'observe que dans la syphilis cérébrale, dans la paralysie progessive et le tabes. Il survient fréquemment dans les deux maladies de l'artério-sclérose, des ulcérations de la muqueuse naso-buccale, certaines fractures. Il faut rapporter dans d'autres cas les lésions multiples de la peau dans le tabes à des troubles trophonerveux.

Quant au traitement, il importe absolument de prescrire une cure antisyphilitique, principalement dans la période précoce; il n'en peut résulter aucun inconvénient, bien que quelques auteurs disent avoir observé sous cette influence une marche plus rapide de l'atrophie du nerf optique déjà existante. Le succès est frappant dans l'infiltration gommeuse des méninges. Elle se distingue du tabes en ce que les névralgies existent plus souvent d'un seul côté, la colonne vertébrale est plus sensible et les altérations de la sensibilité portent sur les sens de la pression, de la température et du toucher. La syphilis cérébro-spinale se distingue du tabes en ce que l'atrophie du nerf optique est progressive dans le tabes avec diminution du champ visuel et troubles dans la perception des couleurs; dans la syphilis cérébrale elle est plus variable avec scotome central; en outre, il existe de bonne heure dans le tabes des lésions du fond de l'œil.

Lésions cutanées dans un cas de rétrécissement de l'œsophage.

M. Isaac présente un malade de 72 ans; depuis des années il est atteint d'un rétrécissement de l'œsophage et depuis un an il ne peut plus avaler d'aliments solides. Il y a environ 3 mois il est survenu sur l'épaule droite des taches semblables à des éphélides qui ont peu à peu gagné la poitrine et le dos, se sont colorées de plus en plus au point de se transformer en nodosités, en partie noir foncé, du volume d'une noisette, situées profondément dans la peau. Les efflorescences nouvelles étaient toujours accompagnées d'un violent prurit. Comme diagnostic, on pouvait penser à des mélanosarcomes ou à des carcinomes multiples ou encore admettre une cachexie générale avec dégénérescence du sang. A l'examen microscopique on reconnut un état particulier en contradiction absolue avec le fait clinique. Pas de tumeurs; par contre, tous les caractères très nets d'une inflammation chronique. Peu de cellules rondes dans la couche superficielle de la peau; nombreuses, au contraire, dans la couche épineuse. Dans la couche cylindrique la pigmentation n'était pas aussi prononcée qu'on aurait pu le supposer dans le mélanosarcome et d'après le résultat constaté sur le vivant; dans le chorion, peu de pigment. Le tiers supérieur du derme était le siège d'une assez forte infiltration de cellules rondes consistant en leucocytes mononucléaires. Il n'y avait qu'un petit nombre de *Mastzellen*. Outre les infiltrations diffuses, on trouvait une série d'amas circonscrits de cellules rondes qui ressemblaient surtout à ceux qu'on observe d'ordinaire dans la tuberculose. Fibres élastiques.

M. Meissner croit qu'il s'agit chez ce malade d'une tumeur tuberculeuse de l'œsophage qui a été le point de départ d'une tuberculose miliaire de la peau.

M. Blaschko pense qu'on a affaire à une inflammation superficielle de longue durée, avec production de pigment. Les éléments indiqués par Meissner comme cellules géantes seraient, selon l'orateur, des coupes transversales de vaisseaux. Le pigment est un pigment pur du sang, analogue à celui qu'on trouve dans les inflammations chroniques. Peut-être s'agit-il d'un cas anormal de lupus érythémateux.

M. Joseph est d'avis qu'on est en présence de tumeurs mélaniques. Berger a appelé l'attention sur ce point; il considérerait peut-être ce cas comme un cas d'acanthosis nigricans où les tumeurs ne se développeront que plus tard et en plus grand nombre. Si l'acanthosis nigricans n'est pas caractérisée, par contre on observe la pigmentation ainsi que les autres lésions qu'on a trouvées dans tous les cas : carcinome de l'œsophage ou de l'estomac.

M. Berger a vu un cas semblable dans le service de M. Besnier à Paris, seulement le développement des tumeurs était beaucoup moins accusé.

Tumeurs de la peau.

M. Plonski présente 1° une petite fille de 7 ans, de la clinique de Lassar, avec *angiome* congénital très developpé de la joue gauche. La cause est d'origine embryonnaire, comme presque toujours.

2° Une malade de 35 ans, atteinte depuis cinq ans de petites tumeurs de la peau du tronc. Ces tumeurs se sont plus tard résorbées spontanément. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait de *fibromes*.

3° Un malade de 70 ans, atteint d'un *sarcome à cellules fusiformes* de la face. Il est survenu, il y a quinze ans, à la suite d'un traumatisme par un éclat de bois.

Séance du 1er juin 1897.

Urticaire infantile.

M. Œstreicher présente un enfant de 11 mois, de la policlinique de M H. Neumann. Cet enfant a tout le corps recouvert de petites papules avec légère dépression. En outre, nombreux pomphi. Selon l'auteur, il s'agissait d'une urticaire infantile qui s'est jointe à un lichen ruber plan. Il ne croit pas que ce soit un prurigo, parce que les petites papules sont très résistantes et ne laissent pas écouler à la pression une gouttelette de sérum. Comme Œstreicher a, dans ces derniers temps, vu chez des enfants de nombreux cas de lichen ruber acuminé, il est convaincu que le lichen ruber est dans l'enfance beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a admis jusqu'à présent.

M. Blaschko croit que, chez cet enfant, on a affaire à un prurigo typique au début. Il interprète les papules dans le sens de l'École de Paris, comme un symptôme secondaire provoqué par le grattage, après un prurit cutané préalable.

M. Joseph est également d'avis que c'est un cas de prurigo et prie l'orateur de présenter à la Société des cas de lichen ruber acuminé chez des enfants.

M. Lassar pense qu'à une urticaire s'est ajouté un lichen; d'après son expérience, maint cas de prurigo s'est plus tard révélé comme lichen ruber déguisé.

M. Lesser partage cette manière de voir.

Dermatite herpétiforme.

M. Blaschko présente un malade atteint de dermatite herpétiforme qu'il a déjà traité dans l'automne de l'année précédente. A cette époque il avait fait le diagnostic d'herpès zoster, mais déjà il pensait à une maladie de Duhring. Il existe actuellement un herpès typique sur le lobule de l'oreille droite et sur le pénis. Eczéma sur les membres et dans les creux axillaires; sur le thorax, plusieurs pigmentations. La première éruption remonte à trois ans; à cette époque, nombreuses bulles, très prurigineuses.

Les bains sulfureux ont toujours produit une légère amélioration. Le malade est d'ailleurs bien portant.

Sarcome mélanique de la peau.

M. Plonski présente de nouveau un malade atteint d'un sarcome mélanique de la joue droite, et qu'il a déjà montré dans la séance précédente (voir plus haut, p. 199). L'affection était survenue sur un nævus pigmentaire et s'était beaucoup développée dans l'intervalle des dernières années. Pour éviter, autant que possible, toute métastase on a fait l'opération avec le thermo-cautère en pratiquant l'extirpation dans le tissu complètement sain et en cautérisant lentement la base de la tumeur sans perte de sang.

Alopécie.

M. Berger présente un cas d'alopécie qui est survenue il y a cinq semaines. Le malade attribue cette maladie à un vieux chapeau que lui aurait donné son chef qui était atteint d'une affection du cuir chevelu. Peu de temps après il se développa une folliculite disséminée du cuir chevelu et quelques jours plus tard des plaques chauves d'un centimètre carré. On n'a pas trouvé de champignons.

M. Ledermann dit qu'aux formes déjà connues de l'alopécie il faut en ajouter une nouvelle, celle qu'on a observée après l'éclairage par les rayons Röntgen. M. Berger en a précisément vu un cas aujourd'hui.

M. Meissner croit que eczéma et chute des poils ne sont occasionnés que par des courants d'induction très tendus et non par des rayons X.

M. Lesser a fait sur lui-même l'expérience suivante : il entoura son bras d'une manchette de plomb, dans laquelle il avait pratiqué une ouverture de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent et laissa le bras 15 minutes exposé aux rayons X; trois semaines environ après les poils tombèrent en ce point; ils repoussèrent au bout de peu de temps.

Mycosis fongoïde.

M. Th. Mayer présente une malade de la clinique de Lassar, atteinte de mycosis fongoïde. L'affection a débuté en décembre 1894 par une inflam-

mation en partie squameuse, en partie humide du cuir chevelu et des régions voisines ; plus tard il se produisit une tumeur. La maladie s'est étendue depuis cette époque. En octobre 1896, extirpation avec le Paquelin d'une tumeur, en raison d'hémorrhagies abondantes. Peu après nouvelle tumeur à marche rapidement croissante. L'arsenic jusqu'à présent n'a pas donné de résultat. Actuellement on peut voir toutes les phases de la maladie.

Nævus et papillome.

M. Th. Mayer présente un jeune homme de 21 ans, atteint de *papillomes* de la région temporale droite, qui se sont développés sur un nævus linéaire verruqueux. Depuis 4 mois, croissance rapide de ce nævus, principalement de sa partie supérieure qui est recouverte de cheveux et est souvent lésée par la brosse et le peigne. Dans ces derniers temps, suppuration abondante qui rend nécessaire une intervention chirurgicale.

Pigmentations cutanées chez un épileptique.

M. Ledermann présente un jardinier de 25 ans qui, depuis son enfance jusqu'à l'âge de 14 ans, a souffert de crises épileptiques. A partir de 16 ans, difficulté de la parole ; plus tard, autres troubles nerveux. Actuellement, anesthésie de toute la moitié gauche du cor ps et légère paralysie du nerf facial et du nerf acoustique du côté droit. En outre, il existe depuis deux ans, principalement dans le creux axilliaire et dans d'autres plis articulaires, des pigmentations foncées qui s'étendent aussi sur les parties voisines et sont accompagnées d'un violent prurit. Les remèdes employés jusqu'à présent n'ont pas donné de résultat. Sans doute on peut admettre une tumeur du pont de Varole. Il s'agit seulement de savoir si l'affection de la peau a la même origine que les phénomènes nerveux. L'absence de pigmentations sur les muqueuses, ainsi que le prurit éloignent l'idée d'une maladie d'Addison. Toutefois la coexistence d'une affection centrale avec ces pigmentations est remarquable.

M. Manckiewicz trouve que les pigmentations ne ressemblent pas à celles de la maladie d'Addison et que, comme les épileptiques souffrent de toute espèce d'hémorrhagies sous-cutanées, on peut se demander s'il ne faut pas rapporter à cette cause l'origine du pigment.

M. Heller remarque que ce sont précisément dans les régions où les sueurs sont le plus abondantes que les pigmentations sont le plus foncées. Par conséquent l'hyperhidrose est peut-être en rapport avec le prurit et la pigmentation.

Sclérodermie.

M. Ledermann présente un malade atteint depuis trente ans de *sclérodermie* des membres inférieurs ; on observe encore aujourd'hui les caractères typiques de la période d'induration de cette affection.

Séance du 6 juillet 1897.

Chancres extra-génitaux.

M. Lesser présente : 1° un garçon de 8 ans, atteint d'une affection primaire à la cuisse gauche et de tuméfaction générale des ganglions. Le père de cet enfant est atteint de syphilis récente et couche dans le même lit que le petit malade,de sorte que la contagion s'est faite soit par contact direct, soit d'une manière indirecte par les draps.

2° Une malade de 33 ans qui à la fin du mois a été prise de frissons et de céphalalgie. En même temps, iritis du côté droit et syphilide généralisée de nature papuleuse. Il survint plus tard de l'autre côté une iritis papuleuse. Les organes génitaux de la malade étaient intacts : pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Par contre, il existe sur la gencive du maxillaire inférieur correspondant aux incisives moyennes, une ulcération superficielle avec engorgement modéré des ganglions sous-maxillaires.

Il s'agit probablement d'une affection primaire de la gencive. Peut-être cette malade a-t-elle été contagionnée par son frère avec lequel elle habitait, bien qu'on n'ait pas pu constater la syphilis chez lui. La plupart des efflorescences de l'exanthème ont une ressemblance frappante avec celles du lichen ruber plan ; elles sont disposées en forme de roue dentée, assez dures et ont par suite un aspect mat spécial et au centre un ombilic. Ces particularités contribuent à rendre la résorption plus lente que dans les papules syphilitiques ordinaires. L'orateur cite encore deux cas dans lesquels la syphilide avait un caractère semblable.

M. Isaac fait remarquer que l'iritis dans le cas précédent est survenu comme phénomène concomitant d'une syphilide à petites papules. Selon lui, les efflorescences papuleuses en groupes surviennent de préférence avec l'iritis.

M. Siegheim a observé dans plusieurs cas que les affections extra-génitales se distinguent par une évolution maligne.

M. Lesser est d'avis que l'iritis n'apparaît pas avec la forme lichénoïde parfaite, mais avec la syphilide papuleuse simultanée et surtout chez les gens âgés.

Dermatite herpétiforme.

M. Palm présente un malade de 26 ans avec de nombreuses papules et pustules, qui, particulièrement aux jambes, se sont transformées en croûtes et sont en quelques points disposées en cercles. Seuls les ganglions inguinaux sont légèrement engorgés. La maladie existe depuis environ 4 mois ; léger prurit. L'orateur se prononce pour le diagnostic de dermatite herpétiforme.

M. Rosenthal dit que suivant lui on n'a pas affaire à une dermatite herpétiforme, mais plutôt à une syphilide papulo-pustuleuse.

Lichen ruber.

M. Palm présente un cas de lichen ruber plan surtout marqué à la jambe

droite et sur la zone pelvienne. Les deux parties sont reliées par une ligne correspondant au nerf cutané fémoral interne, recouverte d'efflorescences de lichen plan.

Réinfection syphilitique.

M. Koller présente un malade de la clinique de Rosenthal, avec réinfection syphilitique. La première contagion a eu lieu en 1894. A cette époque il fit dans la clinique de Lassar deux cures avec des injections de sublimé; ensuite, iodure de potassium. En janvier 1895, on constata à la policlinique de Rosenthal qu'il existait encore des engorgements ganglionnaires modérés et plusieurs plaques sur la langue: cure de frictions (30 avec 3 grammes) et ensuite 70 grammes d'iodure de potassium. Depuis cette époque pas de nouveaux accidents; dans l'intervalle le malade s'est marié. Fin avril de cette année il vint de nouveau consulter pour une blennorrhagie. Fin mai survinrent trois scléroses évidentes, bientôt suivies d'engorgements indolents des ganglions inguinaux. Actuellement, roséole maculo-papuleuse typique sur le tronc et les membres, ainsi que croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu. Ce cas est d'autant plus digne d'attention que les deux infections ont été constatées d'une manière certaine.

Acné varioliforme.

M. Gebert présente un malade de 22 ans qui, dans son enfance, a eu fréquemment des ganglions cervicaux tuméfiés et suppurés, ouverts et raclés à plusieurs reprises. Outre les cicatrices consécutives, les yeux présentent des signes incontestables de syphilis congénitale (kératite parenchymateuse, troubles du corps vitré et restes de chorio-rétinite). Depuis sept à huit ans ce malade est en outre atteint d'acné varioliforme de la face et des membres.

Nouvelle tuberculine de Koch.

M. Lassar parle de cinq cas qu'il a traités avec la nouvelle tuberculine. Il est d'avis que la tuberculine a une action plus favorable sur la tuberculose de la peau que sur le lupus vulgaire. La dose initiale est de 2 milligrammes et on la porte jusqu'à 4 milligrammes. Il faut faire une asepsie soigneuse. En général les malades augmentent de poids. Pas de guérison chez aucun malade, amélioration par saccades presque chez tous.

M. Meissner demande à l'orateur si on a fait un examen microscopique des cas. Dans les expériences avec l'ancienne tuberculine on pouvait noter des résultats remarquables relativement à l'infiltration des cellules, à la résorption, à la néoformation des papules de tubercule, etc.

M. Lesser parle de deux cas traités avec la nouvelle tuberculine. Dans l'un il n'est pas survenu d'amélioration notable; par contre, dans l'autre il s'est produit une modification très marquée après 12 à 13 injections et une dose s'élevant jusqu'à 2 milligrammes de substance sèche. A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Fibromes.

Fibrome sous-cutané douloureux, par SABRAZÈS et RABANNES. *Revue neurologique*, novembre 1897, p. 598.

Femme de 25 ans, atteinte d'un nodule sous-cutané du volume d'un grain de blé à la partie antérieure de la jambe, que l'examen histologique a démontré être un fibrome et ne renfermer ni cellules ni fibres nerveuses; autour de ce nodule apparaissent, sans cause appréciable, des douleurs très vives réveillées par la moindre pression ; troubles de sensibilité (thermohypoesthésie, hyperesthésie tactile) ne reproduisant la zone de distribution d'aucun des nerfs de la région. Léger rétrécissement du champ visuel, pollakiurie diurne avec urines normales; après l'ablation de la tumeur, disparition des douleurs, mais persistance de modifications de la sensibilité objective, qui sont susceptibles de transfert et disparaissent après l'emploi des agents esthésiogènes.

Les auteurs concluent que, pour ce cas du moins, les phénomènes subjectifs du tubercule sous-cutané douloureux étaient dus à l'hystérie : au fibrome s'était surajouté une topoalgie névropathique. G. T.

Un cas de molluscum fibreux éléphantiasique, par F. ANTELME. *Bulletin de la Société médicale de l'île Maurice*, 29 octobre 1897, p. 491.

Homme de 25 ans, d'origine indienne, de taille au-dessous de la moyenne, maigre, chétif, sans barbe; la mère du malade portait sur le visage et sur le corps des petites tumeurs semblables à celles qu'il porte lui-même sur le dos et sur la poitrine, tumeurs multiples, variant de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette, et donnant au toucher la sensation de kystes sébacés. Le bras gauche est le siège d'une tumeur volumineuse, dont le poids écrase le malade et infléchit l'épaule et la tête vers la gauche et incurve le thorax, le rachis et le sternum lui-même. La tumeur, qui a débuté à la région externe du bras à l'âge de 7 ans, a la forme des manches à gigot des femmes ; elle occupe, dans toute leur étendue, les régions postérieures et latérales du bras et du tiers supérieur de l'avant-bras ; sa circonférence est de 45 centimètres à son tiers supérieur, de 75 centimètres à sa partie moyenne et de 40 à 45 centimètres à sa partie inférieure ; elle a la même coloration brune que la peau et présente des plis transversaux; à sa partie supérieure, on voit des stries limitant de petits espaces proéminents comme on en voit dans l'éléphantiasis; sa consistance est molle, élastique. L'épaule fut désarticulée; la tumeur pesait douze kilogrammes et demi; on constata l'atrophie des muscles, surtout du deltoïde, la dilatation des vaisseaux veineux. A l'examen histologique, on constata que la tumeur était formée par du tissu fibreux.

A propos de ce cas, l'auteur rappelle une observation rapportée le 8 novembre 1895 à la Société médicale de l'île Maurice par le Dr Clarence.

Bien que cette observation soit déjà ancienne, nous en résumerons les traits principaux, tant elle est remarquable par l'intensité des lésions.

Homme de 32 ans, créole madras, de taille un peu au-dessous de la moyenne, mais de constitution assez robuste. Sur le côté gauche de la face, tumeur allongée en forme de pli triangulaire, dont la base s'étend de la racine du nez à l'apophyse mastoïde, et qui mesure 30 centimètres de haut ; le bord interne de cette tumeur forme un pli de 3 à 4 centimètres d'épaisseur et présente trois prolongements en forme de lobes; la peau qui constitue la tumeur est mamelonnée, rappelle par places la peau de l'éléphantiasis, elle est molle, élastique et mobile, remarquablement lâche; l'os maxillaire inférieur est renversé en dehors par torsion de son axe horizontal. Sur le thorax, tumeur semblable à celle de la face, à lobes multiples dont 3 principaux, l'un partant de l'épaule au voisinage du bord interne de l'acromion et descendant jusqu'au niveau du rebord des fausses côtes, au voisinage du creux épigastrique, un autre partant de la partie postérieure de l'épaule, recouvrant la fosse sus-épineuse et arrivant jusqu'au-devant du bord interne du premier, le troisième prenant naissance au-dessous de la fossette sus-sternale, se confondant sur son côté gauche avec le bord interne du précédent qu'il dépasse en bas de 20 à 22 centimètres pour rejoindre le côté droit au-dessous de l'ombilic ; ces divers plis peuvent être soulevés et éloignés du corps. Sur le corps, disséminées un peu partout, tumeurs au niveau desquelles la peau est épaissie, variant du volume d'une tête d'épingle à celle d'une prune de moyenne grosseur, les plus petites plates, les autres arrondies, sessiles ou pédiculées, molles, dépressibles. Ablation de la tumeur pectorale, poids 1,530 grammes; peau de près de 2 centimètres d'épaisseur et présentant des tractus fibreux blanchâtres ; pas d'examen histologique. G. T.

Fibromes multiples et congénitaux de la peau, par TAILHEFER. *Progrès médical*, 25 décembre 1897, p. 474.

Femme de 48 ans, opérée il y 8 ans de tumeurs congénitales de la partie droite de la langue et du plancher de la bouche, tumeurs qui n'ont pas été examinées histologiquement ; il y a quatre ans, ablation d'une tumeur de l'aisselle, du volume d'une noix, dans laquelle Audry constata l'existence de tubes nerveux. Actuellement, nombreuses tumeurs, les unes acquises très peu volumineuses, les autres congénitales variant du volume d'un pois à celui d'une noisette ; kystes sébacés, taches de rousseur très abondantes et quelques nævi pigmentaires plats. L'examen histologique d'une tumeur montre qu'il s'agit d'un fibrome. G. T.

Parasites animaux.

Un parasite humain de la tribu des sarcoptes (A new human parasite of the sarcoptic tribe), par A. MENGER. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1897, p. 425.

Le malade est un homme âgé, l'éruption est constituée par de petites papules disséminées, elle disparaît parfois spontanément mais s'aggrave sous l'influence de presque tous les topiques parasiticides, qui semblent faire sortir les parasites de la peau. Le prurit est insignifiant.

La peau est, surtout le matin, couverte de débris pulvérulents et d'incrustations formés par des grains calcaires, des produits du raclage de l'épi-

derme, des grains épidermiques, des acariens de tout âge et leurs débris.

Ces acariens ont le volume du sarcopte de la gale, les quatre paires de pattes ont cinq articles, la dernière paire plus courte ; toutes sont munies de ventouses. Toutes les pattes sont ventrales. L'espèce n'a pas pu être déterminée mais paraît se rapprocher du *Chorioptes ecaudatus*.

Il s'agit là d'un parasite nouveau, si tant est que le parasitisme en soit bien établi, ce qui ne ressort pas clairement de l'observation. W. D.

Les pouilleux dans l'art, par H. Meige. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1897, p. 358.

L'auteur reproduit, avec commentaires critiques, les principaux tableaux de maîtres représentant des pouilleux : le jeune mendiant de Murillo (Louvre), un Gerard Dow (Pinacothèque de Munich), un Isaak van Ostade (Pinacothèque de Munich), un Pieter de Mooch (Rijks Museum d'Amsterdam), et en cite quelques autres, un Murillo (Pinacothèque de Munich), un Adriaen van Ostade (Académie des Beaux-Arts de Vienne), et une eau-forte de Jean Miel. G. T.

Filaire de Médine, par Dubreuilh et Beille. *Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1897, p. 425.

Dans une revue générale très complète et qui met la question au point, les auteurs, après un historique succinct, décrivent d'une façon détaillée et précise la constitution anatomique de la filaire de Médine et la façon de pratiquer les coupes pour étudier les divers organes.

D'abord la couche enveloppante qui comprend la *cuticule* et la *couche musculaire*. Puis *l'appareil digestif* dont l'étude est difficile chez l'animal adulte dont le rôle exclusif est d'assurer la reproduction de l'espèce, mais qui comprend 3 portions : le pharynx, l'œsophage et l'intestin ; une seule ouverture, la bouche, la portion terminale ou rectum s'étant oblitérée et l'anus ayant disparu.

L'appareil génital très différent chez la filaire adulte de celle de la filaire jeune et aussi de celle des autres nématodes. La partie principale est l'utérus, constitué par un long tube cylindrique dont les dimensions sont presque égales à celles du corps. Les deux extrémités arrondies se prolongent en un nouveau tube de 1/4 de millimètre de large et de 18 à 20 millimètres de long qui, après de nombreuses inflexions, se portent entre l'utérus et l'intestin, et que Carter considère comme étant des ovaires.

L'étude de l'embryon est aussi très complète.

Pour ce qui est de la pénétration de la filaire dans l'organisme humain, il est vraisemblable qu'elle se fait par les voies digestives ; mais puisque l'embryon meurt dans l'estomac, il faut, pour passer dans les tissus, que le parasite ait acquis une forme plus résistante. Comme la filaire à un stade larvaire habite en parasite le corps des cyclopes, petits crustacés transparents, il est probable que ces derniers sont avalés avec l'eau et qu'aussitôt digérés les filaires sont mises en liberté, traversent les parois de l'estomac et cheminent jusqu'au point où elles vont donner lieu à l'abcès classique.

Parmi les traitements employés jusqu'à ce jour, il est à signaler, outre l'enroulement du ver, les injections de sublimé à 1 p. 1000 préconisées par le Dr Emily et qui ont été depuis appliquées avec le plus grand succès sur différents points du globe. D. F.

Pelade.

La séborrhée grasse et la pelade, par R. Sabouraud. *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 février 1897, p. 134.

La séborrhée grasse ou exagération de la sécrétion des glandes sébacées de la peau, caractérisée cliniquement par une surproduction de sébum normal, par une augmentation du diamètre des pores sébacées et par une dépilation diffuse devenant à la longue définitive, est de nature microbienne. En effet, sur des coupes de cuir chevelu atteint de séborrhée l'on voit dans le tiers supérieur du follicule pileux, entre son orifice externe et le point où débouche dans le follicule la glande sébacée, un petit cocon de sébum dans lequel sont contenus les microbes. D'autre part, en comprimant la peau, ou simplement en la grattant, l'on peut faire sourdre quelques-uns de ces cocons ; il est alors facile de les étaler sur une lame, d'enlever la graisse par l'éther, de colorer par la méthode de Gram, et l'on voit un microbe punctiforme semblable à un coccus. Pour le cultiver, il faut employer des milieux acides et azotés : sur gélose pepto-glycérinée à la température de 35° on obtient, après un frottis sur 3 ou 4 tubes, une ou deux colonies visibles du 3e au 4e jour, de couleur rose brique, formant un cône saillant de 2 millim. de haut et n'adhérant pas au milieu ; sur milieu non glycériné leur couleur est blanc sale ; enfin le bouillon est rapidement troublé et ne s'éclaircit qu'au bout de 15 jours. L'on n'obtient pas toujours des colonies pures d'emblée, surtout si l'on part de la séborrhée du cuir chevelu ; aussi faut-il se séparer des autres microbes et en particulier du coccus blanc butyrique : l'on peut y parvenir ou bien en laissant vieillir soit du sébum entre deux lames, soit des cultures impures et dans ce cas le coccus mourra bien avant le bacille de la séborrhée ou bien en se servant de géloses vaccinées et dans le cas spécial il suffit de faire une gélose avec du bouillon où a poussé le coccus blanc, ou bien enfin par une pasteurisation ralentie : une chaleur de 66° pendant dix heures tue le coccus blanc et respecte le micro-bacille de la séborrhée. Quant aux inoculations, elles n'ont pas encore donné de résultat.

Tel est le microbe de la séborrhée : si son développement sur le visage reste stationnaire le malade sera atteint de séborrhée grasse simple ; mais son développement peut augmenter, le cocon deviendra plus gros : c'est le comédon ; dans ce comédon vont se greffer des microbes d'infection secondaire, c'est l'acné, puis enfin à un degré de plus l'acné furonculeuse à répétition due surtout au staphylocoque doré. De même au cuir chevelu la séborrhée va pour ainsi dire appeler les infections secondaires : de toutes la plus fréquente est le pityriasis capitis ; de plus, elle amènera lentement mais sûrement une dépilation ; quel en est le mécanisme ? peut-être est-ce par l'action sur la papille pilaire d'une toxine soluble ; peut-être aussi mécaniquement, l'anatomie pathologique montrant le cheveu enserré dans son follicule par le cocon séborrhéique atrophié de plus en plus et finissant par mourir.

A côté de la séborrhée grasse il est une autre affection qui, elle aussi, aboutit à une dépilation : c'est la pelade et dans ces deux infections du cuir chevelu le mode de dépilation est le même : dans la séborrhée le cheveu comprimé lentement dans son follicule, mais graduellement, devient

de plus en plus grêle ; dans la pelade la compression se fait plus rapidement, il s'ensuivra que l'atrophie du cheveu est moins uniforme, en sorte que le cheveu montre sur une longueur de moins de 1 centimètre sa transformation de cheveu adulte en follet et de là sa forme d'épieu à pointe dirigée vers le follicule. La plaque peladique est donc une infection locale aiguë de séborrhée grasse : en effet, les coupes d'une part font voir que sur les plaques peladiques en évolution, tous les follicules pilaires sont infectés par le bacille de la séborrhée et, d'autre part, les examens sur lames et en cultures redonnent encore ce même bacille. Avec ce bacille retiré dans les cas de pelade, isolé et cultivé, M. Sabouraud a obtenu sur le mouton, le cobaye et le lapin les aires alopéciques caractéristiques de la maladie. Quant à savoir pourquoi le même bacille produit chez un individu de la séborrhée et chez l'autre de la pelade, M. Sabouraud déclare cette question prématurée : « On expliquera, comme on le pourra, « les différences de mœurs de la séborrhée et de la pelade ; on démontrera « nécessaire à la naissance de la pelade l'inoculation d'un germe plus « virulent que le bacille séborrhéique ordinaire, ou inversement le renfor- « cement de virulence d'un germe séborrrhéique sur place. »

Toute cette étude conduit à une thérapeutique rationnelle : contre les pelades envahissantes, tant que l'examen démontre la présence du microbacille il faut faire le traitement de la séborrhée, le soufre étant le médicament de beaucoup le plus actif ; contre les plaques peladiques constituées, il faudra hâter la diapédèse et la répurgation cellulaire par une irritation entretenue artificiellement à la surface du cuir chevelu dans les endroits malades. P. Ravaut.

NOUVELLES

Le D[r] Lukasiewicz, professeur extraordinaire à l'Université d'Innsbrück, vient d'être nommé professeur ordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Lemberg.

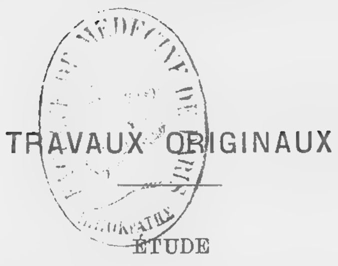
Le D[r] J. Rille, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie, vient d'être nommé chef du service des maladies cutanées et syphilitiques à la *Policlinique générale* de Vienne, en remplacement du professeur H. von Hebra.

Le D[r] V. Mantegazza a été nommé libero-docente de dermatologie à l'Institut des Études supérieures de Florence.

Le D[r] M. Carruccio a été nommé libero-docente de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Rome.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE
DE LA LÉSION DE L'ÉRYTHÈME INDURÉ (DE BAZIN)
SUR LA NOTION DU LYMPHATISME

Par le Dr **Ch. Audry**,
Chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie à l'Université de Toulouse.

Bien que cela ne rentre pas dans le cadre très restreint de la présente note, je dois d'abord résumer brièvement ce que nous savons sur cette affection (1).

I

La maladie a été décrite par Bazin (*Traité de la scrofule*) avec la netteté qui lui est habituelle.

Il indique l'aspect, les localisations aux membres inférieurs : il l'a souvent rencontrée chez des jeunes filles offrant tous les attributs de la fraîcheur et de l'embonpoint scrofuleux. Il l'a observée sur la face. Hardy distingue mal les nodosités de Bazin de l'érythème noueux et indique l'ulcération possible des éléments. Besnier, Feulard, Elliot ont fait connaître des observations typiques. Kaposi ne les reconnaît pas. Brocq en indique rapidement l'existence. Crocker en a vu sur les membres supérieurs. C. Fox en publie 9 cas inédits. Hutchinson en réunit 17 observations et insiste sur l'importance et la fréquence de l'ulcération, et les range dans la scrofule. Patteson, White en publient quelques cas. Pringle, Thibierge aboutissent à cette donnée que les nodosités ne sont probablement en somme que des lésions comparables à des gommes tuberculeuses.

J'ai pu faire une étude assez complète des lésions d'une malade de mon service. J'en donnerai d'abord l'observation clinique ; elle est réellement typique et nous dispense de produire une description souvent reproduite et à laquelle nous n'avons rien à ajouter de nouveau.

Nous pensons que les résultats de l'examen histologique et bacté-

(1) Cf. : MÉNEAU. Érythème induré des scrofuleux. *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1896. — THIBIERGE. *Semaine médicale*, 1895.

Les articles de PRINGLE, FOX, ADAMSON, GALLOWAY, in : *Brit. Journal of dermat.*, de 1896 (mars, mai, juin).

Les autres indications sont données dans la bonne *Revue générale* de Méneau. Tous mes remerciements à M. G. Thibierge pour ses obligeants renseignements.

riologique nous permettront d'apporter un document suffisamment précis pour la détermination de la nature de cette singulière affection.

Observation (1). — Rosa C..., 34 ans, repasseuse, entre le 17 décembre, à la clinique de dermatologie, salle Sainte-Cécile. Elle nous vient de la clinique médicale, où elle est entrée il y a plusieurs jours et où la maladie qui l'amène à l'hôpital a été parfaitement définie et traitée.

Elle a eu la rougeole pendant sa première enfance. Elle fut réglée à 12 ans ; à 18 ans, elle eut une péritonite à début brusque, caractérisée par des coliques, de la constipation, des vomissements, tuméfaction abdominale, fièvre, elle dut séjourner au lit 3 mois. Depuis lors, cessation des règles ; cependant, il y a quelques mois que la malade perd pendant un jour ou deux un peu de sérosité brune. Pas de grossesse. Rien d'anormal du côté du ventre ou des organes génitaux. Urines normales.

Femme un peu grasse et bouffie, pâle, à peau épaisse, intelligente et calme.

La maladie actuelle se manifesta pour la première fois il y a 5 ans ; elle vit apparaître sur le tiers inférieur des deux jambes de petits placards rouges qui s'indurèrent après 2 ou 3 jours en occasionnant une légère douleur. Au bout de quinze jours environ, tout disparut en laissant seulement au niveau des lésions des taches brunes, indélébiles. Depuis cette époque, des poussées semblables se sont reproduites à des intervalles irréguliers de 3 à 4 mois. Entre les poussées, il ne subsistait que les taches brunes que nous avons signalées. La malade affirme que les nodosités récidivantes survenaient sur le même point que les précédentes, c'est-à-dire au niveau des taches pigmentaires. Depuis le mois de mars 1897 jusqu'au mois d'octobre de la même année, elle n'eut pas de récidive, et c'est le plus long laps de temps qu'elle ait passé ainsi depuis 5 ans. Mais à la fin de ce mois d'octobre commença la poussée actuelle qui dure depuis deux mois et qui est la plus longue et la plus forte qu'elle ait présentée.

Comme d'habitude, elle se manifeste par de la rougeur en plaque et des indurations. Les éléments éruptifs sont répandus sur la totalité du tiers inférieur des deux jambes ; les pieds sont respectés à ce moment. Les éléments ont des dimensions, un aspect variables. Généralement ce sont des plaques rondes, dont l'étendue varie de celle d'une pièce de 5 francs à celle d'une forte tête d'épingle. Quelques-unes sont brunes, la plupart d'un roux violacé : elles sont indurées en bloc, un peu douloureuses. Les plus étendues sont recouvertes d'un épiderme lisse, un peu squameux : le centre devient comme jaunâtre sous la pression et laisse percevoir une sorte de fluctuation tendue et superficielle.

Plusieurs sont ulcérées ; l'ulcération est arrondie, parfois polycyclique, peu profonde ; les bords sont violacés, mais non décollés ; le fond d'un rose violacé recouvert de pus est un peu bourgeonnant.

La plupart des éléments sont sinon douloureux, du moins sensibles.

Au toucher, on s'aperçoit qu'il existe, au-dessous de la peau et sans que la vue nous les révèle, des nodosités plus profondes, bien limitées, exactement comparables à certains lépromes de l'hypoderme.

(1) Obs. recueillie par M. Thévenin, interne du service.

Sensibilité tégumentaire normale. État général assez bon. Aucune ulcération viscérale appréciable.

Traitement : Repos. Iodure de potassium (6 gr. par jour).

Le 15 novembre, on procède à l'excision d'un des nodules. On voit alors que le bistouri pénètre dans une sorte de tissu spongieux très jaune, alvéolé, imbibé d'un liquide huileux, jaunâtre, sans trace de pus. Tout l'épiderme et le derme sont ainsi soulevés par une sorte de lac huileux qui occupe l'hypoderme. Une autre nodosité, incisée pour qu'on puisse recueillir du liquide, offre le même aspect.

Les jours suivants, amélioration notable.

Le 2 janvier, la malade se plaint de souffrir des pieds. Le dos des deux pieds offre en effet un certain œdème. Les jours suivants, au milieu du dos du pied gauche, au niveau de la partie moyenne des troisième et quatrième métacarpiens, il se forme une sorte de gâteau d'induration douloureuse, profond, à bords nets. La surface de coloration d'un rose violacé est beaucoup moins étendue que la surface d'induration et correspond seulement aux sommets les plus superficiels de l'infiltrat profond.

Les jours suivants, la plaque se limite, se tasse. Cependant le 15, elle est encore plus étendue qu'une pièce de 5 francs, non arrondie, mais découpée, irrégulière, bosselée. A ce moment, du côté des jambes tout est cicatrisé ou guéri, il ne reste que les macules habituelles.

Suppression de l'iodure de potassium et on fait reposer la malade.

Le 18, on remarque qu'une nodosité profonde siégeant un peu au-dessus de la malléole interne droite et qui n'était perceptible antérieurement que par le toucher, devient un peu saillante et violacée. La lésion du dos du pied est à peu près stationnaire. On note, sur le pied droit, deux petites saillies papuleuses, d'un rose vif et qui viennent de survenir. Jusqu'à cette époque les pieds avaient été indemnes. La teinture d'iode en application locale a amené des douleurs assez vives perçues au niveau de la lésion du pied gauche.

Le 22. Amélioration notable après quelques badigeonnages iodés.

Examen histologique. — Le fragment enlevé a été fixé par l'alcool absolu parce qu'on voulait rechercher les bacilles de Koch. Du reste, sauf un peu de rétraction, la fixation était bonne. Essence de cèdre, paraffine; coloration des coupes par l'hématéine et l'éosine, le bleu polychrome, le picrocarmin de Ranvier, l'orcéine. A recommander : 12 à 24 heures dans la solution d'orcéine (formule de Mibelli, solution alcoolique et acide), quelques minutes dans le bleu polychrome ; décoloration par le tannin orange G. (de Grübler) ; la décoloration par le wasserblau ou la fuchsine ne donne pas de préparations aussi élégantes.

Épiderme. — A un point de vue général, on peut dire que l'épiderme est normal ; tout au plus peut-on noter une certaine minceur de la couche cornée desquamante ; le stratum granuleux et le corps muqueux de Malpighi sont absolument sains.

En plusieurs points, la couche génératrice offre un aspect assez singulier : les cellules cylindriques en sont devenues extraordinairement effilées, allongées parallèlement entre elles, perpendiculairement à la basale.

Les noyaux ont, bien entendu, subi la même déformation en longueur ;

généralement cet allongement est limité à la couche génératrice seule : en quelques points, le plan adjacent de cellules malpighiennes participe à la déformation. Du reste, pas d'exagération de la diapédèse, pas de vacuolisation périnucléaire.

La basale semble un peu épaissie.

Derme papillaire et sous-papillaire. — Il est absolument normal au point de vue de la disposition générale, du nombre et de l'état des cellules ; le tissu élastique est peut-être un peu plus délicat que d'habitude ; enfin, les faisceaux conjonctifs sont épais et compacts.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont assurément dilatés ; le manchon diapédétique péri-vasculaire est à peine plus fourni que normalement. Plusieurs artérioles offrent des signes d'inflammation légère se traduisant par l'épaississement de la paroi, et l'état globuleux de l'endothélium. Çà et là, quelques rares infiltrats où on constate facilement l'existence de cellules plasmatiques en assez grand nombre.

Derme profond et hypoderme. — Les lésions commencent immédiatement au-dessous de l'étage du derme qui renferme les glomérules sudoripares.

Parmi ces glandes, les unes sont complètement saines, les autres offrent une certaine exagération de l'infiltration diapédétique périglandulaire.

La lésion apparaît comme constituée d'abord par une sorte de lac d'œdème. Cet œdème est représenté par un exsudat très finement granuleux coloré par tous les colorants du fond, à la manière du tissu conjonctif. Sur les bords, cet exsudat est rempli de cellules grandes, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, à protoplasma clair, probablement nues, munies d'un petit noyau excentrique fortement coloré en bleu. Ces cellules sont sur les bords en contact les unes avec les autres, tellement elles sont abondantes ; au centre de l'exsudat, elles sont disséminées et dispersées. Je les considère comme de grands leucocytes mononucléaires ayant subi une tuméfaction presque comparable à celle qui les frappe dans quelques infiltrats actynomycosiques.

Le tissu conjonctif ambiant ne présente aucune réaction de voisinage ; il cesse d'être, et on s'en rend compte en examinant les préparations à l'orcéine ; la disparition du tissu élastique dessine les limites du lac d'œdème. On peut se demander si ce dernier exerce une érosion sur la substance conjonctive immédiatement adjacente ; je suis très porté à l'admettre. Çà et là, cependant, on voit au pourtour quelques infiltrats peu denses de cellules plasmatiques et de lymphocytes. Je n'ai pas aperçu de cellules isoplastiques (mastzellen).

Plus profondément, cet exsudat acquiert des caractères particuliers ; il est comme découpé à l'emporte-pièce par des cavités arrondies de plus en plus nombreuses. Il arrive ainsi à constituer une véritable éponge, dont les alvéoles sont vides maintenant et contenaient probablement autrefois la graisse qui a pris l'apparence huileuse dont nous avons noté l'existence macroscopique.

Les cloisons qui limitent et déterminent les alvéoles sont minces ; tantôt elles sont constituées par un réticulum conjonctif muni de quelques cellules ; tantôt ce réticulum a subi une dégénération qui le transforme en bloc gra-

nuleux opaque, presque sans structure et où apparaissent des cellules de plus en plus rares.

Il en est ainsi dans les plans les plus profonds où ces dernières arrivent à manquer.

Aucune autre altération ne peut être constatée, que cet œdème dégénératif remarquable par l'absence de phénomènes réactionnels, par la présence sur les bords des nombreux éléments que j'ai considérés comme de grands leucocytes mononucléaires, peut-être par l'érosion marginale du tissu conjonctif, enfin par l'état pâteux, spongieux de toute la région profonde de l'hypoderme.

Recherche des bacilles de Koch. Mon collègue et ami, M. le professeur agrégé Rispal voulut bien se charger de la majeure partie des recherches bactériologiques. Quatre lamelles seulement du liquide qui occupait le sommet de l'induration furent examinées par le Ziehl et négativement : on n'alla pas plus loin parce que ces lamelles ne présentaient point de pus, seulement de petites gouttes huileuses.

Les cultures du même liquide restèrent stériles.

Sur des coupes colorées par le Ziehl et l'Ehrlich, M. Rispal ne vit pas de bacilles. En fait, l'examen histologique que nous avons fait et donné plus haut ne permettait guère de s'attendre à un autre résultat.

Enfin, deux cobayes furent inoculés : l'un dans le péritoine avec du liquide et des fragments de tissus curettés en pleine lésion ; l'autre sous la peau de la région inguinale avec les mêmes produits. Sacrifiés 28 et 29 jours plus tard, ils ne présentaient aucune trace de tuberculose.

Aussi, nous sommes autorisés à conclure que : *après l'étude histologique et bactériologique des lésions de l'érythème induré de Bazin, rien ne nous autorise à les considérer comme se rattachant indirectement à la tuberculose. Les lésions histologiques apparaissent comme une dégénérescence graisseuse développée ultérieurement sur un territoire frappé d'un œdème considérable et spontané. Les stigmates inflammatoires y sont réduits à leur minimum.*

J'ajoute que les personnes qui considèrent la scrofule comme une modalité clinique de la tuberculose se refuseront sans doute désormais, et sauf constatation contraire d'autre part, à considérer l'érythème induré de Bazin comme « scrofuleux ». Il est inutile de dire que du reste telle est notre manière de voir (1).

Il reste à se demander comment et pourquoi tous les auteurs qui se sont occupés de l'érythème induré de Bazin l'ont rangé parmi les accidents de « la scrofule », « de la strume », « du lymphatisme ». L'unanimité des observateurs prouve qu'il y a certainement des caractères généraux communs à la plupart des malades. Cela revient à se

(1) Même en acceptant l'idée d'Arloing que la scrofule est une tuberculose atténuée, notre malade n'est pas scrofuleuse puisqu'elle n'a pas tuberculisé le cobaye.

poser une fois de plus la question de la signification que nous devons et pouvons accorder à ces différents termes. Actuellement, je comprends les choses comme il suit.

Il faut reconnaître parmi les scrofuleux strumeux et lymphatiques de nos prédécesseurs et maîtres trois classes d'individus :

Les premiers, les vrais scrofuleux par la peau, les os, les ganglions sont des tuberculeux vrais.

Les seconds comprennent les enfants qui ont subi des infections pyogènes du cuir chevelu (Aubert, etc.), de la muqueuse nasale (Augagneur, etc.) et qui ont subi des altérations ganglionnaires plus ou moins étendues, plus ou moins généralisées ; ces infections ganglionnaires pouvant du reste acquérir une valeur de tuberculose par infection secondaire.

Enfin, *en troisième* lieu, il faut admettre l'existence d'individus qui ne présentaient pas de lésions positives, mais seulement une manière d'être, une apparence, des dispositions et des prédilections pathologiques communes correspondant assez bien à la première notion du lymphatisme. Ce sont des sujets à téguments épais, décolorés ou violacés, gras, sujets aux engelures, aux angio-kératomes, aux érythèmes acro-asphyxiques, à tous les accidents des stases périphériques. La tuberculose s'y développe avec luxe et prédilection de même que dans les os jaunes plutôt que dans les os blancs et les os rouges (Charpy). Notez précisément que Colcott Fox et Galloway ont signalé des angiokératomes chez des individus atteints d'érythème induré de Bazin. La caractéristique de cet état est fournie par le défaut de la circulation périphérique, et par les accidents, les formes et les couleurs qu'il détermine : anémie blanche ou stase bleue, toujours anoxémie. Quant à ce trouble de la circulation périphérique, il est certainement congénital, au premier chef héréditaire ou familial. Son origine doit-elle être cherchée dans une malformation anatomique des capillaires, dans une insuffisance de l'impulsion cardiaque, dans une altération dynamique ou anatomique des centres vaso-dilatateurs ? Pour le moment, nous l'ignorons complètement.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons aucune répugnance à admettre que l'érythème induré de Bazin soit une manifestation aiguë d'une telle anomalie originelle. A ce titre on peut le considérer comme une maladie que l'on peut rattacher non à la scrofule, mais au lymphatisme. Si, d'une manière toute hypothétique, on aimait à préciser l'idée que l'on peut se faire de la lésion, je suis porté à croire qu'il faut se rapprocher de la conception ancienne de Hardy : que l'érythème induré des scrofuleux de Bazin n'est qu'une variété chronique et parfois ulcéreuse de l'érythème noueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PSEUDO-NÉOPLASMES SYPHILITIQUES

Par le Dr **L. Martel**,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

La syphilis tertiaire est essentiellement polymorphe ; aussi parfois ne se laisse-t-elle que difficilement démasquer, et surprend-elle les cliniciens et des plus avisés ; le traitement dit d'épreuve (iodure de potassium et mercure associés) est alors, il faut l'avouer, d'un grand secours dans le diagnostic indécis de nombreux accidents pathologiques et spécialement de certaines tumeurs ; appliqué d'une façon judicieuse et rigoureuse, il tranche aussi bien des questions de thérapeutique.

Les deux observations ci-jointes en sont une preuve excellente : le diagnostic était fort hésitant entre un *cancer* et une *syphilide gommeuse* du membre inférieur ; l'amputation ou la guérison complète avec conservation du membre, tel était le dilemme.

Obs. I. — Ch. S..., 35 ans, ménagère. Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, n° 6. Entrée le 26 février 1897. Aucun antécédent héréditaire.

Mariée depuis 15 ans : mari bien portant. Réglée à 14 ans. Aménorrhée à l'âge de 30 ans. Depuis, leucorrhée assez abondante. A l'âge de 18 ans, fièvre muqueuse suivie de chute des cheveux.

Après trois mois de mariage, fausse couche : hémorrhagie abondante et 8 jours après, éruption de boutons au cuir chevelu, sur les épaules et sur l'abdomen ; ces boutons se terminèrent par une desquamation furfuracée. Pas de chute des cheveux, mais douleurs vives dans la tête au niveau des tempes et pendant deux mois photophobie et persistance de la céphalée. Aucun autre accident à noter qui puisse être rattaché à la syphilis.

Il y a trois ans la malade a remarqué au niveau de la 5e côte gauche, sur la ligne mamelonnaire, une petite tumeur de la grosseur d'un petit pois, roulant facilement sous le doigt et mobile sous la peau, parfois une légère sensation de brûlure ; en un an, la tumeur augmenta et atteignit le volume d'un œuf, puis sous l'influence de badigeonnages de teinture d'iode, en quinze jours la tumeur aurait totalement disparu ; 3 mois après elle réapparut, acquit de nouveau le même volume et la peau devenue adhérente se perfora, laissant écouler du pus mélangé à des produits filamenteux semblables à de l'étoupe mouillée. Suintement pendant 15 jours, puis guérison. Rien ne réapparut pendant 4 à 5 mois.

Mais il y a un an la malade s'aperçut d'un œdème de la cheville droite ; cet œdème devint persistant, avec rougeur de la peau : la tuméfaction, non douloureuse, ne donnait nullement la sensation d'une tumeur sous-jacente à la peau, c'était une tuméfaction localisée, adhérente à l'os ; aucune douleur locale ou irradiée, mais la malade ressentait une lourdeur spéciale

dans le pied : la jambe était lourde. Il y a 4 mois, la cheville était recouverte d'une tumeur de la grosseur d'un marron, tumeur dure qui finit par percer et, par un petit orifice, produit sur un point acuminé, s'écoula non pas du pus, ni des bourbillons, mais un liquide plutôt blanchâtre, filant et gluant. De nouveaux orifices analogues se produisirent tout autour ; à mesure que la tumeur augmentait de volume et d'étendue, ces orifices s'agrandissaient, puis se fusionnaient et aboutissaient à une destruction assez étendue et irrégulière de la peau, laissant à nu une production charnue et bourgeonnante : tel l'aspect actuel.

Au niveau du bord droit du sternum (3e côte), une *gomme* apparut il y a 1 mois et, sans douleur ni réaction, atteignit le volume d'une noix. Sur la clavicule droite, à sa partie moyenne, une autre *gomme* de même volume datant de 15 jours.

Au premier examen de la malade, on est frappé par l'odeur repoussante et particulièrement fétide qu'exhale la plaie de la jambe : cette surface suintante, bourgeonnante, à bords surélevés, donne au premier abord l'idée d'un champignon néoplasique ou d'un cancer greffé sur un ancien ulcère : cette idée est encore confirmée par le facies de la malade, amaigrie et de teint jaunâtre et terreux. L'erreur était très facile.

La malade fut soumise à quelques soins de propreté : grands bains généraux, bains locaux d'eau boriquée, pansement à sec à la poudre de charbon et de camphre.

6 mars. Examen soigneux de la malade. En découvrant le lit, on est très frappé de ne plus retrouver cette odeur dite caractéristique du néoplasme ulcéré : la plaie tibiale s'est un peu détergée, l'odeur en est très supportable. Actuellement on constate au niveau de la malléole interne droite et de là s'étendant sur la face antéro-interne de la jambe et du cou-de-pied, une tumeur bourgeonnante, exubérante, de forme ovalaire (longueur 8 centimètres, largeur 15 centimètres). La tumeur est formée par une masse étalée, irrégulièrement bosselée en chou-fleur, en saillies arrondies, séparées de dépressions anfractueuses que tapissent des croûtes jaune noirâtre plus ou moins épaisses. Les bourgeons charnus sont robustes, à surface granuleuse, de teinte rose rougeâtre, passant assez vite à des tons cuivrés ou de jambon fumé lorsqu'elles restent exposées à l'air ; ces bourgeons saignent assez facilement, ils laissent suinter une sérosité jaune ambré, un peu filante, qui vient se collecter dans les anfractuosités. Le rebord de l'ulcération, assez surélevé sur le niveau des téguments sains voisins, est découpé très irrégulièrement, rappelant en quelques points les criques ou formes circinées ; une grande bande de peau relativement saine, large de 1 centimètre, traverse en sautoir toute la surface bourgeonnante ; par places, le bord est épaissi et dur, ailleurs il est décollé et séparé de la surface bourgeonnante par une petite couche de liquide puriforme.

En certains points, le rebord semble se continuer en empiétant un peu sur l'ulcération par un mince liséré blanchâtre, rappelant une cicatrisation en voie d'évolution. La zone d'infiltration des téguments voisins est très limitée (un fragment du bord de l'ulcération, au niveau de la portion épaissie et indurée, est prélevé pour l'examen histologique).

Sur la face dorsale du pied, et séparée de l'ulcération par 2 centi-

mètres de peau saine, on voit une production furonculeuse, surmontée d'un petit cratère, suintant, à fond grisâtre, bourbillonneux : une production analogue existe au niveau du tendon d'Achille.

Enfin sur le bord interne du pied, à 3 ou 4 centim. de l'ulcération, on sent sous la peau une petite gomme du volume d'un petit pois roulant sous le doigt et sans adhérence profonde.

L'exploration au stylet de la surface bourgeonnante conduit sur l'os légèrement dénudé. Le tibia paraît un peu augmenté de volume, son épaississement apparent semble plutôt dû à l'infiltration des tissus ambiants. Rien à l'articulation tibio-tarsienne dont les mouvements sont simplement un peu entravés par le volume de la tumeur.

Pas d'adénite poplitée ; adénite crurale formée de 3 ou 4 ganglions du volume d'une noisette à celui d'une noix.

Cicatrice adhérente à l'os, au niveau de la 5e côte gauche (ancienne gomme guérie datant de 3 ans) ; le doigt promené sur la côte sent une surface veloutée, donnant une impression bien différente de celle fournie par la surface lisse des côtes normales ; la côte ne paraît pas augmentée de volume, aucune douleur. Cette sensation veloutée se perçoit aussi nettement sur les deux autres points osseux (sternum-clavicule), sièges de gommes ramollies.

Sternum : gomme du volume d'une noix avec légère saillie étalée sur le bord droit de cet os au niveau de la 3e articulation chondro-sternale.

Clavicule assez notablement épaissie en fuseau au niveau de sa partie moyenne ; la gomme ramollie descend dans le creux sus-claviculaire.

Ces deux gommes sont ouvertes au bistouri et donnent issue à un pus épais, rougeâtre où l'examen direct n'a montré que des lymphocytes et quelques globules pyoïdes, sans aucun micro-organisme.

Légère adénite de la nuque et des régions latérales du cou. Légère adénite axillaire des 2 côtés. Pas d'adénite épitrochléenne. Adénite crurale gauche, formée de ganglions moins volumineux qu'à droite.

Aucune autre lésion du squelette ; pas de syphilides cutanées ni viscérales reconnaissables.

Le traitement mixte est appliqué aussitôt : KI, 4 gr. par jour. Frictions à l'onguent napolitain (40 gr. en 21 jours), faites dans les plis de l'aine. Pansement local sans aucun antiseptique autre que l'eau boriquée à 40 p. 1000.

Le 27. Au bout de 21 jours de traitement, la lésion du cou-de-pied n'est plus reconnaissable : les bourgeons charnus se sont affaissés en même temps que le recouvrement cutané progressait de tous les points d'amorcement du pourtour de la plaie ; l'ulcération est presque totalement cicatrisée, la tumeur s'est nivelée et avoisine le niveau des téguments sains du membre. Les gommes sternales et claviculaires ont presque totalement disparu, la clavicule reste augmentée de volume.

24 mai 1897. La malade revient nous voir (soit 3 mois pleins après son entrée à la clinique) ; elle est complètement guérie de sa lésion tibiale : une plaque blanche au centre, pigmentée à la périphérie, reposant sur un reste d'infiltration de la peau adhérente au tibia, est le seul vestige de

l'emplacement de la lésion. La gomme costale déjà guérie ne s'est pas modifiée ; la gomme sternale a totalement disparu : l'os ne paraît pas augmenté de volume ; la clavicule reste grosse, fusiforme, et il semble persister une gomme périostique de la grosseur d'une noisette, appendue au bord inférieur de l'os, un peu en dehors du foyer primitif.

La maladie a continué à prendre journellement KI, 2 gr. pendant trois semaines, puis a cessé tout traitement. On lui conseille de reprendre le KI à la dose de 2 gr. pendant deux nouvelles périodes de trois semaines.

Examen histologique du fragment prélevé. — La peau relativement saine à 2-3 millim. du sillon ulcératif, présente une hypertrophie assez marquée des papilles du derme avec de légères traînées inflammatoires le long des vaisseaux. L'épithélium au niveau du sillon s'invagine profondément dans l'épaisseur des tissus et fournit des prolongements ramifiés formant par places des îlots qui pénètrent dans la masse bourgeonnante et dans le derme de la peau, sans cependant trop s'écarter du sillon. L'épithélium revêt le type malpighien parfait : couche génératrice, cellules polyédriques, etc. Dans ces îlots, et en aucun endroit de la coupe, on ne trouve de lobes cornés, ni d'autres formes dégénératives des cellules épidermiques. Au niveau du sillon, au lieu de s'arrêter du côté de l'ulcération par une ligne nette ou par une pente inclinée, l'épithélium invaginé se redresse et vient recouvrir la surface bourgeonnante d'un plateau cuticulaire formé de plusieurs assises de cellules épidermiques, parmi lesquelles la couche génératrice est très marquée : les cellules de cette couche génératrice sont volumineuses, à gros noyaux et même par places elles forment de véritables petits bourgeonnements papillaires s'enfonçant dans la masse charnue sous-jacente. L'aspect n'est pas celui d'un épithélium en voie de désorganisation, mais bien d'une véritable prolifération épithéliale tendant à recouvrir les bourgeons charnus ; c'est l'ébauche d'une véritable cicatrisation par recouvrement épidermique.

La masse bourgeonnante est constituée par du tissu conjonctif jeune, formée de cellules conjonctives étoilées, revêtant tantôt le type myxomateux, tantôt le type embryonnaire : des traînées de cellules arrondies embryonnaires sillonnent irrégulièrement son épaisseur et de préférence le long des vaisseaux.

Dans la profondeur, on trouve des agglomérations de petites cellules rondes, type lymphocyte à gros noyau et à protoplasma peu abondant qui forment par leur groupement des figures en tout semblables aux granulomes de Grancher ; il s'agit de petites gommes embryonnaires.

Les vaisseaux sont peu abondants ; les artères ont une paroi très épaissie et présentent les lésions typiques de l'endo-périartérite.

Le diagnostic de la nature de la tumeur ulcérée, qui siégeait au niveau de la partie inférieure de la jambe, présentait de véritables difficultés : il n'a été confirmé et admis que lorsque l'influence curatrice radicale du traitement anti-syphilitique était devenue évidente. L'affection ressemblait à s'y méprendre à une tumeur maligne — (épithéliome ou sarcome), — l'erreur fut faite : la malade avait été adressée à la clinique *pour y subir l'amputation.*

L'existence de la syphilis n'est pas absolument démontrée par les anamnestiques recueillis : une fausse couche après trois mois de mariage, une éruption mal définie coïncidant avec cet accident... C'était seulement dans la recherche détaillée des phases d'évolution des lésions, et dans l'examen attentif de ces lésions mêmes qu'on pouvait trouver un éclaircissement.

Cette malade avait été soignée autrefois pour son affection costale comme s'il s'était agi d'une tuberculose locale.

L'aspect des lésions prétibiales était tel que, de prime abord, on songeait inévitablement à une tumeur néoplasique maligne : l'état général de la malade, son facies amaigri, son teint jaune et anémié et surtout l'état local : tumeur exubérante bourgeonnante et suintante, exhalant une odeur fétide et *sui generis*... tout cet ensemble faisait croire à une lésion néoplasique probablement épithéliale, dont la gravité se traduisait par des foyers secondaires sous-cutanés de généralisation (région sternale et claviculaire). Toutefois il ne s'agissait pas d'un épithélioma revêtant la forme ordinaire de l'épithélioma du type malpighien, développé au niveau d'une ancienne cicatrice, d'une ulcération ou d'une fistule par exemple ; dans ces cas, la dégénérescence épithéliale ne provoque pas une sorte d'éruption de tumeurs voisines et distinctes qui se fusionnent plus tard ; il s'agit ordinairement d'une plaie, souvent d'une cavité et non pas d'une tumeur ; la plaie est unique au début et s'agrandit par ses bords indurés et taillés à l'emporte-pièce ; les bourgeons charnus ont moins cet aspect sarcomateux, ils sont plus petits, plus rouges, plus durs ; le retentissement ganglionnaire est plus marqué et plus rapide. La bizarrerie des soi-disant localisations de généralisation était au moins pour surprendre. Enfin — et c'est le fait qui a attiré le premier notre attention — la disparition totale de l'odeur réputée néoplasique s'est produite en quatre jours, après de simples applications de compresses d'eau boriquée à 40 p. 1000.

L'épithélioma aurait pu être greffé sur une lésion ulcérative d'autre nature : tuberculose, syphilis (formes hybrides de Verneuil) et par ce fait subir une évolution spéciale déformant le type classique.

L'idée d'un ostéo-sarcome périostique pouvait être soulevée à la rigueur : contre elle plaidait l'histoire clinique de l'affection, l'absence de grosse réaction de l'os sous-jacent, et surtout l'envahissement et la destruction rapides des téguments.

Bien plus épineux était le diagnostic avec certaines formes de sarcomatose cutanée. Le groupe des affections rangées sous le titre de sarcomes de la peau est très disparate et paraît de plus en plus en voie de désagrégation : s'il est quelques types assez bien établis cliniquement (Kaposi), il en est beaucoup d'autres que l'on range encore dans ce groupe d'attente et qui sont appelés à en être distraits par les progrès de la pathogénie des affections parasitaires.

L'hypothèse de sarcomatose cutanée à type spécial pouvait être émise : l'évolution clinique devait trancher la question.

Il est aussi certaines formes de tuberculoses cutanées, symptomatiques d'une lésion osseuse, qui, entretenues par l'existence d'un foyer osseux sous-jacent, donnent des ulcérations proliférantes, papilliformes, atteignant quelquefois un volume assez considérable pour donner l'aspect d'une tumeur étalée, bourgeonnante faisant relief au-dessus du niveau des téguments (Adenot, in *Revue de chirurgie*, 1893).

Mais plutôt n'avait-on pas affaire à une syphilis gommeuse à localisations multiples? Si, nous l'avons déjà dit, les anamnestiques étaient peu convaincants au point de vue de la syphilis, il n'en est plus de même lorsqu'on reconstitue l'histoire des localisations et surtout de leur développement. Si l'on passe rapidement sur l'évolution de la première gomme costale datant de 3 ans, l'étude attentive des autres localisations et surtout de la localisation du cou-de-pied, suffisait à faire établir le diagnostic. La localisation des lésions spécifiques tertiaires au niveau des malléoles internes est un fait classique : dans notre cas, la lésion commence par de l'œdème, puis apparaissent des tumeurs sous-cutanées qui évoluent d'abord isolément, se ramollissent, s'ulcèrent et finissent par se réunir entre elles pour former une tumeur unique ulcérée, suintante, qui envahit le cou-de-pied. Cette tumeur examinée en elle-même présentait des caractères bien spéciaux : localement, c'était la *persistance d'une traînée de peau saine* passant en sautoir sur la tumeur, le décollement en plus d'un point des bords de la peau, la disposition circinée, peu nette il est vrai, mais pourtant reconnaissable pour un œil prévenu, et surtout, fait capital, l'existence de ces gommes voisines à des stades divers de développement : deux gommes arrivées à la période de ramollissement et une gomme encore à la période de crudité, qui n'eut pas le temps d'évoluer avant l'action curatrice de la médication ; à distance, on pouvait noter la discordance de la réaction ganglionnaire et de la lésion regardée comme néoplasique; enfin il n'était pas jusqu'à l'étrangeté des foyers de généralisation qui dût faire rejeter l'idée de néoplasie maligne : les lésions sternales et claviculaires étaient nettement parostales, si même on ne devait pas admettre une participation plus grande de l'os (clavicule) à l'affection.

L'examen histologique n'a pas été sans utilité : s'il ne nous a pas permis d'affirmer d'emblée la nature de la lésion, puisqu'il n'existe encore actuellement aucune caractéristique des lésions syphilitiques (le diagnostic histologique se faisant par exclusion), du moins il nous a permis de rejeter à coup sûr l'épithélioma et le sarcome, et même la tuberculose.

L'importance du diagnostic n'a pas besoin d'être soulignée : il s'agissait donc de syphilides tertiaires, de gommes sous-cutanées ou

périostiques, et tous les faits s'enchaînaient facilement depuis la première gomme costale, datant de 3 mois, jusqu'à la dernière éruption gommeuse sternale et claviculaire : l'agglomération de gommes ulcérées bourgeonnantes au niveau de la malléole tibiale, imprimait à l'affection un cachet un peu spécial qui a pu égarer quelque temps le diagnostic.

Il est tels faits cliniques qui paraissent après coup si bien enchaînés qu'on est surpris, une fois l'affection causale établie, de ne pas en avoir saisi d'emblée la filiation.

Le traitement spécifique (KI et mercure) a permis de guérir la malade en trois semaines, alors qu'elle avait été adressée à la clinique pour y subir l'amputation de jambe.

Obs. II. — Trois ans auparavant, à la même clinique du professeur Ollier que suppléait alors M. Rochet, agrégé, un cas très analogue avait été observé, et M. Rochet nous a résumé ainsi son histoire.

C'était une femme de 40 ans environ qui présentait, elle aussi, mais plus bas que le cou-de-pied, sur le côté interne du pied et propagée vers le talon, une tumeur ulcérée, *d'aspect très surélevé*, *très champignonnant* et sanieux, d'odeur très fétide et de dimensions plus larges que celles de deux pièces de 5 francs, douloureuse spontanément et au toucher.

La malade niait s'être jamais aperçue d'aucun accident syphilitique. Elle racontait que la lésion avait commencé il y avait 4 mois par un « petit bouton » qu'elle avait dû écorcher par son soulier, et qui avait peu à peu grossi jusqu'au volume actuel.

L'aspect extérieur était, à s'y méprendre, celui d'un *sarcome ulcéré* plutôt que d'un cancroïde, en raison de la forte saillie (2 centimètres environ) que la tumeur formait au-dessus des téguments. Elle était mollasse aussi et saignait assez facilement.

Le premier diagnostic fut donc celui de tumeur. Mais, en regardant attentivement la malade de tous côtés, M. Rochet finit par découvrir une adhérence d'un des piliers postérieurs au pharynx, en même temps qu'un état cicatriciel et déchiqueté assez prononcé de l'amygdale correspondante, comme si elle avait été rongée en partie autrefois par une ulcération profonde. La malade se rappelait bien avoir eu plusieurs angines, mais sans rien de plus précis.

On mit néanmoins le sujet à un traitement antisyphilitique énergique et la tumeur ulcérée guérit complètement au bout de 20 jours.

Ce fait vient encore montrer l'importance de faire l'examen attentif de ces *pseudo-néoplasmes* tertiaires qui ne se présentent cliniquement avec aucun des caractères classiques de la gomme, qui sont plutôt des *tumeurs ulcérées saillantes*, que des *ulcérations plates*, ou plus ou moins *térébrantes*, et qui sont cependant bien d'essence syphilitique.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 MARS 1898

Mort de M. le professeur Ernest Schwimmer. — Cas d'acrodermatite continue suppurative avec impétigo herpétiforme. — Cicatrisation d'un épithélioma ulcéré de la face par la méthode de Cerny. — Ichtyose pilaire familiale héréditaire avec microsphygmie, chez des syphilitiques héréditaires. — Cyanose des extrémités avec engelures chez un hérédo-tuberculeux microsphygmique et infantile. — Un cas de lymphadénie médiane de la face. — Syphilis héréditaire, incontinence d'urine. — Nævus congénital avec buphtalmie monoculaire. — Epithélioma pigmenté du bord palpébral développé dans un nævus. — Essais d'hémothérapie et de sérothérapie dans la syphilis. — Nouvelle note sur la pratique des injections d'huile grise. — Note sur la lèpre néo-calédonienne. — Fibromes sous-cutanés du prépuce. — Mycosis fongoïde ; anomalies de la période prémycosique. — Trophonévrose lichénoïde en bande linéaire sur le trajet du nerf petit sciatique. — Lupus érythémato-tuberculeux ; tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. — Leucoplasie syphilitique secondaire. — Érythème pernio des pieds, familial et héréditaire. — Placards tuberculo-croûteux développés aux membres inférieurs chez un malade atteint d'arthropathies multiples. — Éléphantiasis de la verge. — Éléphantiasis des organes génitaux externes.

Mort de M. le professeur Ernest Schwimmer.

M. Ernest Besnier. — Messieurs, j'ai la très vive douleur de faire part à la Société de la mort prématurée et imprévue de l'un de nos correspondants étrangers les plus éminents, le professeur Ernest Schwimmer, de Budapest, qui a succombé le 27 février, à l'âge de 61 ans, à peine un peu plus de deux mois après son Jubilé.

La mort de notre si regretté correspondant met en deuil la science dermatologique dont il était un des représentants les plus élevés, et la famille dermatologique, dont il était un des membres les plus estimés et les plus aimés.

J'ai exprimé les très vifs regrets de la Société française de dermatologie à Mme Schwimmer, et j'espère que, joints à tant d'autres, nos témoignages de profonde sympathie contribueront à atténuer une douleur inconsolable.

Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite continue suppurative avec infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme.)

Par M. Hallopeau.

(*Examen histologique* par M. Laffitte.)

Le malade a succombé, trois jours après notre précédente communication à son sujet, sans avoir présenté d'autres phénomènes nouveaux que de la dyspnée et un état syncopal. Voici les résultats de l'autopsie :

Le foie est très augmenté de volume, il pèse 2 kilog. 500, sa surface est lisse ; sa couleur est considérablement modifiée, d'un jaune rosé, très analogue à celle d'un poumon de fœtus ; il en est de même pour les coupes.

Les reins sont également décolorés ; le cœur et le mésentère sont le siège d'une surcharge graisseuse.

Il y a de l'hydro-péricarde.

On constate quelques îlots de congestion pulmonaire.

La rate paraît saine.

L'intestin présente un grand nombre de segments hyperhémiés ; leur coloration d'un rouge vif contraste avec la pâleur des autres parties.

Examen histologique. — On a enlevé, 24 heures après la mort, pour l'examen histologique, des nerfs, des fragments de peau, de foie et de rein.

1° Nerfs. — Les nerfs examinés sont un collatéral du gros orteil, sous-jacent aux altérations cutanées, et un fragment du cubital au pli du coude.

Selon le procédé classique, le nerf, préalablement étendu sur une petite tige, a été immergé pendant 24 heures dans une solution d'acide osmique à 1 p. 200, ensuite laissé également pendant 24 heures dans la solution de picro-carminate d'ammoniaque, puis lavé, dissocié, et monté dans la glycérine.

Nerf cubital. — Il est presque entièrement sain. On ne trouve, dans chaque préparation, que 3 ou 4 tubes dont la myéline est moniliforme ; les étranglements sont très minces et les renflements prononcés, mais nulle part la myéline ne fait défaut et n'est fragmentée en boules.

Nerf collatéral de l'orteil. — Les deux tiers des fibres nerveuses, à peu près, présentent un cylindre de myéline intact ; mais, dans l'autre tiers, il y a des altérations manifestes : état moniliforme de la myéline, fragmentation de la myéline qui se réunit en boules, gaines de Schwann à peu près vides de myéline sur une partie de leur étendue. Toutefois le cylindre-axe paraît conservé, même dans les fibres les plus altérées.

Il s'agit donc d'une altération parenchymateuse, tout à fait comparable à celle que l'on observe dans les intoxications : nettement prononcée à la

périphérie (au niveau des lésions suppurantes de la peau), à peine s'annonce-t-elle dans le nerf cubital par une altération très légère.

2° Peau. — Les fragments de peau ont été fixés par le sublimé, inclus dans la paraffine, et colorés par la thionine, l'hématéine-éosine et le picro-carmin.

a) *Peau du tronc.* — A un faible grossissement, on observe que la couche cornée a disparu presque partout ; la couche de Malpighi est en général conservée ; en certains points cependant, cet épithélium fait défaut et le derme forme le bord de la préparation.

La couche de Malpighi est mince, réduite, très aplatie presque partout. De sa partie profonde, il se détache quelques prolongements en doigt de gant, étroits et rares. Pas d'altération apparente des cellules épithéliales.

Les prolongements papillaires du derme ont disparu presque partout ; le derme s'étale suivant une ligne droite ou onduleuse sous l'épithélium aplati.

Infiltration embryonnaire très abondante, diffuse, dans toute la partie superficielle du derme ; beaucoup moins abondante dans les parties sous-jacentes, excepté toutefois au niveau des glandes sudoripares et pilo-sébacées, autour desquelles se voit comme un manchon de cellules rondes. Cette infiltration péri-canaliculaire peut être suivie, pour les glandes sudoripares, depuis la partie profonde de la glande, jusqu'à son orifice au niveau de l'épithélium ; mais elle est plus abondante autour des parties profondes.

Le derme lui-même, dans l'intervalle des cellules rondes qui l'infiltrent, ne paraît pas sensiblement modifié.

A un fort grossissement, on constate que les amas de cellules rondes disséminées dans le derme sont formés en majeure partie de cellules conjonctives et de lymphocytes. Les premières se reconnaissent à leur noyau ovalaire irrégulièrement infiltré de granulations colorées et les autres à leur noyau régulièrement coloré, sans protoplasma.

On y trouve aussi des leucocytes polynucléaires, rares dans la profondeur du derme, moins rares à sa superficie.

On aperçoit çà et là, dans la lumière des capillaires sanguins, un ou deux polynucléaires.

Point de mastzellen ; çà et là quelques plasmazellen douteuses.

b) *Peau du dos de la main.* — A un faible grossissement, l'épithélium de Malpighi se trouve réduit à une très mince bande, à un liséré très étroit, à la surface duquel la couche cornée, qui fait presque partout défaut, est en quelques points épaissie.

De la face profonde de cette mince bande partent de nombreux prolongements épithéliaux qui affectent la disposition remarquable d'un réseau aux mailles polygonales, renfermant des segments d'un tissu conjonctif profondément modifié. Ce réseau épithélial provient de la végétation des cellules profondes du corps de Malpighi.

Le tissu conjonctif du derme, présente, à un faible grossissement, la texture réticulée, et est partout infiltré d'abondantes cellules.

On remarque partout de nombreuses fentes arrondies, qui sont la coupe d'un riche réseau capillaire sanguin.

A un fort grossissement, les fibres conjonctives du derme paraissent

infiltrées, dissociées par de l'œdème, et cette dissociation produit un réseau aux larges mailles ; les faisceaux conjonctifs qui limitent ces mailles sont épais, aux bords mal limités, comme s'il s'agissait d'une substance coagulée.

Les amas cellulaires qui recouvrent le réseau conjonctif sont, pour la plupart, des cellules conjonctives et des lymphocytes. On y trouve quelques polynucléaires.

En résumé, pour les lésions de la peau, il s'agit d'une dermite telle qu'en produisent les microbes pyogènes ordinaires (il s'agit ici de staphylocoques) ; ces lésions, assez pures dans la peau du tronc, sont modifiées par l'œdème dermique au niveau de la main.

Cœur. — Les fibres musculaires ont leur largeur ordinaire et sont nettement striées. Les noyaux sont bien colorés, le ciment intercellulaire est intact.

En somme, le muscle cardiaque est normal.

Foie. — Le protoplasma de toutes les cellules hépatiques a complètement disparu. La préparation représente un réseau très délié dont chaque maille est formée par le contour d'une cellule hépatique disparue ; un noyau plus ou moins atrophié se rencontre dans chaque maille, contre le réseau. Pas d'altérations conjonctives.

Ce foie avait subi une dégénérescence graisseuse complète ; le xylol dont on s'est servi pour préparer la pièce a dissous toute la matière grasse.

Reins. — Disparition de la plupart des cellules des anses de Henle ; quelques noyaux sont appliqués çà et là contre la paroi des tubes. Les épithéliums des tubuli contorti sont à peu près intacts pour la plupart. D'ailleurs nulle sclérose.

Pour le rein, comme pour le foie, le xylol a dissous les épithéliums transformés en graisse.

Il résulte de cet examen que les microbes pyogènes avaient déterminé dans le derme, et sans doute aussi dans l'intestin, des lésions phlegmasiques.

Pour ce qui est des dégénérescences graisseuses si prononcées des épithéliums du foie et du rein, dégénérescences telles que le parenchyme de ces organes était pour ainsi dire détruit, on est en droit de les rapporter à l'action pathogénétique des toxines engendrées par ces microbes ; elles sont en effet identiques à celles que l'on observe dans les toxémies.

Les altérations des filets terminaux des nerfs de la main ont les caractères que l'on attribue aux névrites, bien quelles puissent s'expliquer, comme celles des viscères, par une simple dégénérescence ; elles sont très vraisemblablement secondaires aux lésions des téguments voisins et des parties sous-jacentes ; l'intégrité presque complète du tronc nerveux examiné plus haut est en faveur de cette interprétation.

Il n'y avait pas trace d'infarctus non plus que d'abcès métasta-

*tiques. L'ensemble de ces altérations peut s'expliquer par une infection dont les agents sont, selon toute vraisemblance, les staphylocoques constatés dans les biopsies : le nom d'*INFECTION PURULENTE TÉGUMENTAIRE *que nous avons proposé de donner à cette maladie se trouve ainsi pleinement justifié :* reste à savoir pourquoi elle reste ainsi localisée alors que, dans la règle, ces invasions de microbes pyogènes se traduisent par une pyohémie.

Cicatrisation d'un épithélioma ulcéré de la face par un procédé nouveau d'applications d'acide arsénieux. (Méthode de Cerny, de Prague.)

Par M. HERMET.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, était, en septembre 1897, atteint d'une ulcération de la face, diagnostiquée épithélioma, par deux de nos éminents confrères : MM. les Drs Hutinel et Brocq, et traitée comme telle par le dernier avec des cautérisations au chlorate de potasse.

C'est un vieil ami, qui venait chez moi, non pas me demander mon opinion, connaissant mon incompétence en ces matières, mais me dire le dernier adieu, sachant et la nature de son mal et ses conséquences.

Il n'ignorait pas que ses jours étaient comptés, l'ulcération gagnant quotidiennement en surface et en profondeur.

Pour des raisons d'ordre intime, qui vous expliqueront mon intervention en l'espèce, je me tenais au courant de tous les travaux qui paraissent sur le cancer, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Au mois de mai dernier j'avais lu dans la *Semaine médicale* un article intitulé « Guérison radicale du cancer épithélial », par MM. Cerny et Trunecek, de Prague.

Ce travail auquel des photographies étaient adjointes m'avait paru sérieusement documenté, et je l'avais catalogué.

Pour ceux de vous qui ne l'auraient pas lu, je vais le résumer en quelques mots :

C'est, sous une forme nouvelle, la réédition d'un vieux remède, employé de tous temps par les médecins, comme par les sorciers pour la guérison du cancer, à savoir : l'arsenic.

Ce qui fait la nouveauté du procédé, c'est le mode de fixation de l'acide arsénieux : la fixation par l'air, fixation amenant la momification du cancer, la surface ulcérée devant après badigeonnage rester exposée à l'air libre, sans pansement d'aucune sorte.

Mon ami était disposé à tout essayer, sauf une intervention chirurgicale. Peu lui importait que sa vie fût abrégée du fait d'une tentative de guérison, l'essentiel était d'avoir une chance de succès, même minime.

Dans ces conditions je n'avais pas à hésiter. Il y avait eu par le procédé de Cerny, des guérisons, les photographies jointes à sa monographie en faisaient foi. Je livrai au malade le document, en lui disant de le parcourir et de prendre la décision qu'il voudrait.

Il essaya ; son médecin habituel se chargea des badigeonnages.

Le résultat immédiat, je dois l'avouer, fut loin d'être encourageant.

Aucun des phénomènes décrits ne se produisait, mais il faut ajouter qu'après le badigeonnage, la surface ulcérée était immédiatement recouverte d'une couche d'ouate.

C'est ce pansement intempestif qui empêchait la fixation de l'acide arsénieux et par conséquent son action ; je l'ai appris depuis.

Quoi qu'il en soit, nous doutant qu'il existait une lacune dans la façon de procéder, nous partîmes pour Prague le 20 octobre.

Après enquête préalable, que je fis, vous n'en doutez pas, aussi minutieuse que possible, j'entrepris le traitement sous la direction et avec les explications verbales de l'inventeur. Nous restâmes huit jours là-bas.

A notre arrivée (le 21 octobre), voici quel était l'état de M. X...

La photographie que je fais passer sous vos yeux, exécutée le jour même, vous en donnera une idée très nette, avec cette différence cependant qu'il existait trois travées fistuleuses que vous ne voyez pas, allant du centre de l'ulcération :

1° L'une à la paupière inférieure environ vers le tiers interne, et donnant lorsqu'on introduisait un stylet, issue à un liquide purulent;

2° L'autre à la partie inférieure de la joue, et d'une étendue de 2 centimètres environ;

3° La troisième de la même longueur et se dirigeant vers la région temporale.

Avant d'aller plus loin, je vais vous faire brièvement l'historique de la maladie qui en l'espèce ne présente pas un grand intérêt.

M. X... a 70 ans, il est très vigoureux, sans antécédents méritant d'être signalés.

Vers l'âge de 35 ans, il s'aperçut qu'il avait au niveau de l'os malaire un petit bouton d'une forme et d'une consistance banales qui resta 30 ans sans subir de modifications.

C'est alors que sous l'influence de grattages, de médications bizarres, ce « noli me tangere » s'ulcéra.

De petit diamètre d'abord, progressant lentement, avec des alternatives de cicatrisations spontanées, l'ulcération, au mois de février 1897, commença à prendre des proportions inquiétantes, et sur les conseils de

M. le Dr Hutinel, M. X... alla consulter notre éminent confrère M. le Dr Brocq qui pratiqua des cautérisations au chlorate de potasse.

Les résultats ne furent pas très satisfaisants, et après quelques semaines de traitement notre confrère, avec son honnêteté professionnelle bien connue, déclara que la médecine avait dit son dernier mot et que c'était à la chirurgie d'intervenir.

Son conseil vint se heurter à un refus très catégoriquement exprimé et sur lequel il n'y avait pas à revenir.

L'état général du malade continuait à être bon, et son moral, malgré la triste perspective d'une fin prochaine (sa paupière inférieure commençait à se prendre), n'était pas altéré.

Nous nous trouvions donc dans des conditions relativement bonnes.

Voici la technique de la méthode :

Après avoir bien nettoyé et asepsié la surface ulcérée, on la badigeonne avec un pinceau trempé dans une solution arsenicale dont voici la formule :

Acide arsénieux pulvérisé......................	1 gr.
Alcool éthylique..............................	} āā 75 —
Eau distillée.................................	

L'acide arsénieux se dissout imparfaitement, il reste en suspension, et se concentre au fond du récipient, c'est là qu'avec le pinceau il faut aller le recueillir.

Après le badigeonnage, il est indispensable d'évaporer l'eau et l'alcool, avec le soufflet de Richardson par exemple, pour que seul l'acide arsénieux reste en contact avec la surface ulcérée.

Badigeonnage et évaporation se renouvellent deux à trois fois de suite.

Le premier badigeonnage est très douloureux, mais la douleur est passagère, elle dure une minute à peine, elle est calmée du reste par le mécanisme de l'évaporation.

Ceux qui suivent (le même jour s'entend) sont plus facilement supportés.

Il ne faut pas craindre, pendant le nettoyage préalable, de rendre la plaie un peu sanguinolente, l'acide arsénieux se fixant alors mieux.

Pendant cinq à six heures les douleurs sont assez vives, mais intermittentes. Le meilleur moyen de les calmer est d'envoyer le malade à l'air, sans pansement d'aucune sorte.

Ça n'est qu'exceptionnellement qu'il faut avoir recours à une piqûre de morphine.

Presqu'instantanément, dès la fixation de l'acide arsénieux, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent en assez grande abondance, que le malade est obligé d'éponger.

La nuit, cette sérosité se coagule et forme une croûte d'une épaisseur variable suivant les jours, et dont la couleur varie entre le jaune foncé et le brun rougeâtre.

Le lendemain, avec une pince recourbée, on enlève de l'eschare ce qui se laisse enlever sans amener d'écoulement sanguin et sans provoquer de douleurs.

On badigeonne comme la veille avec la solution à 1/150 les parties mises à nu.

Sur la croûte qui ne peut être enlevée, on étend suivant son épaisseur une solution à 1/100 à 1/80 ou à 1/50.

L'acide arsénieux filtre à travers la masse croûteuse, et va opérer son œuvre de destruction sur le tissu néoplasique qui se trouve sous l'eschare.

Après quelques jours de traitement, l'eschare atteint par places une telle épaisseur, et est tellement adhérente qu'il est impossible d'en enlever même une parcelle.

On doit continuer à la badigeonner tous les jours avec la solution à 1/50.

Elle finit par s'énucléer, en commençant par les bords.

On en diminue le diamètre chaque jour, en coupant avec des ciseaux tout ce qui n'adhère pas.

Dès que les bourgeons charnus apparaissent, il faut les respecter, et faire le badigeonnage avec assez de dextérité pour que l'acide arsénieux ne vienne pas à leur contact.

Leur destruction en serait la conséquence immédiate, d'où retard notable dans la guérison.

Ainsi chez M. X..., quelques bourgeons charnus ont apparu le 1er décembre.

Par suite d'une fausse manœuvre, d'un badigeonnage trop copieux, ils ont été en contact avec l'acide arsénieux qui les a détruits, et ils n'ont fait leur réapparition que le 1er janvier 1898. Une particularité qui m'a frappé et que je dois vous signaler, est que le tissu néoplasique s'étend bien plus loin et bien plus profondément qu'on ne le pourrait croire.

Ainsi chez M. X..., le diamètre de l'ulcération a triplé sous l'influence des badigeonnages, et l'os malaire a été complètement mis à nu, le périoste lui-même a été détruit.

Ce fait, je l'ai constaté aussi chez un autre malade actuellement en traitement, un ancien hospitalisé de Saint-Louis, que je me réserve de vous présenter à une séance ultérieure. Chez celui-là toute la région mastoïdienne a été à un moment donné complètement dénudée.

Dès qu'il ne reste plus d'eschare, que l'ulcération se recouvre de bourgeons charnus, il faut la traiter comme une plaie simple.

La durée du traitement est assez longue. Chez M. X..., le premier badigeonnage a été fait le 31 octobre 1897 ; le dernier le 1er janvier 1898.

Il en a donc fallu 40 environ pour amener la destruction du néoplasme.

Le 2 janvier, la plaie a été pansée avec la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée.

La cicatrisation a été complète le 2 février, les photographies de guérison ont été faites le 21 février.

Le traitement est douloureux, vous ai-je dit. Il est toutefois supportable. En effet, pendant toute sa durée, M. X... a pu chasser tous les deux jours, comme c'est son habitude.

J'estime toutefois que pour obtenir des malades la persévérance

et le courage nécessaires, il est indispensable de leur faire connaître leur état, pour qu'ils choisissent entre la guérison au prix de quelques semaines de souffrances et l'issue que comporte le genre de lésion dont ils sont atteints.

Quelle sera la durée de cette guérison qui aujourd'hui, vous le voyez, est indéniable ? L'avenir nous l'apprendra.

La méthode est encore trop récente pour nous permettre même une présomption. Je crois toutefois qu'elle peut rendre de grands services et qu'elle vaut la peine d'être expérimentée dans tous les cas où le siège du néoplasme ulcéré permet son contact permanent avec l'air.

M. Du Castel. — Je suis d'autant plus heureux de voir les bons effets du traitement appliqué chez ce malade que je l'ai moi-même essayé plusieurs fois sans résultat. Je me suis efforcé d'appliquer exactement les préceptes détaillés qu'ont donnés les auteurs dans leur communication à la *Semaine médicale*, et j'ai dû y renoncer en présence de la violente inflammation produite par l'acide arsénieux. Je ne nie pas les avantages qu'on peut en retirer, mais je crois que ce traitement est délicat à employer et qu'il exige une certaine éducation. Je fais de plus quelques réserves au sujet de la guérison dans le cas actuel; il existe encore en effet quelques petits bourgeons saillants qui pourraient être le point de départ d'une récidive.

M. Barthélemy. — Je félicite mon ami, le Dr Hermet, des remarquables résultats qu'il nous présente et qui ont dû lui être d'autant plus agréables qu'il les obtenait chez un de ses vieux amis. Toutefois je considère la lésion, aujourd'hui bien cicatrisée, comme devant être surveillée de très près à cause de petites nodosités qui me paraissent suspectes et susceptibles de pouvoir récidiver plus tard. Ce qui faisait la difficulté du cas de M. Hermet, c'était non seulement l'étendue et la profondeur de l'ulcération, mais surtout sa localisation. Quand les ulcérations d'épithélioma cutané siègent sur des régions molles, mobiles, fines et surtout proches des muqueuses et des commissures, il fallait jusqu'à ce jour recourir sans retard à l'intervention chirurgicale.

M. Hermet nous montre aujourd'hui qu'avec de la volonté, de la persévérance et un traitement soigneusement appliqué, on peut ne pas désespérer; c'est donc très intéressant pour notre pratique. Je rappellerai que quand la lésion siège au contraire sur des régions cutanées tendues sur des os, comme la région malaire, comme le front ou le cuir chevelu ou même comme le lobule nasal, il est très utile de faire une intervention rapide et précisément de ne pas attendre que la lésion arrive au degré où en était le malade de M. Hermet. Il ne faut pas rester sur la donnée du *noli me tangere;* c'est au contraire une négligence de ne pas encourager les malades dans la voie de l'intervention précoce.

Après antisepsie de la peau, on insensibilise avec le chlorure de méthyle et avec des injections sous-cutanées de cocaïne (solution au 20e),

puis on racle énergiquement tout ce qui est susceptible d'être enlevé. Après hémostase, cautérisation profonde au caustique de Filhos. La cicatrisation se fait sous l'escarre qui tombe environ 3 semaines après sans autre pansement. Je dois à ce procédé un grand nombre de guérisons qui se sont maintenues depuis déjà plus de dix ans sans récidive ; les lésions dataient pourtant déjà, les plus récentes, de plus d'une année.

M. Hallopeau. — J'ai constaté que le traitement de M. Cerny provoque des douleurs très vives; il ne me paraît applicable qu'aux épithéliomas de petite dimension.

M. Hermet. — Je comprends que M. Du Castel ait renoncé à ce traitement, il a provoqué plusieurs fois chez le malade que je viens de vous présenter un œdème périphérique et une inflammation qui auraient effrayé tout autre que les auteurs de la méthode. La douleur est parfois extrêmement vive, comme le fait remarquer M. Hallopeau ; mais elle varie suivant les sujets, c'est ainsi qu'elle n'empêchait pas mon malade de se livrer à des parties de chasse tous les deux jours. Cependant M. Cerny m'a déclaré qu'à Prague beaucoup de malades refusent de continuer le traitement à cause des souffrances qu'il provoque. L'emploi préalable d'un anesthésique, tel que la cocaïne, est inefficace, parce que la douleur acquiert son maximum dans les cinq ou six heures qui suivent l'application. En somme, ce traitement peut rendre service quand il s'agit d'un épithélioma ulcéré inopérable et accessible à l'air extérieur ; je crois qu'il faut alors prévenir le malade de la nature de son mal et le laisser choisir entre quelques semaines d'un traitement douloureux et l'évolution fatalement extensive de la lésion.

M. Du Castel. — Je me demande si les bons résultats du traitement ne sont pas dus plus à la hardiesse de l'intervention qu'à la nature du caustique employé.

M. Hermet. — Je ne le pense pas. J'ajouterai que les auteurs déclarent que les épithéliomas récidivants déjà opérés chirurgicalement leur ont paru plus rebelles au traitement.

Deux cas d'ichtyose pilaire familiale héréditaire, avec microsphygmie, chez des syphilitiques héréditaires.

Par MM. Gastou et Émery.

Pour faire suite à la communication faite récemment à la Société médicale des hôpitaux par M. le Dr Variot, il nous a paru intéressant de vous présenter ces deux jeunes enfants, du service de M. le pro-

fesseur Fournier, atteints tous deux d'ichtyose avec microsphygmie.
En voici l'histoire clinique :

Obs. I. — Jean M..., âgé de 12 ans, venu à terme, n'a pas eu dans l'enfance de maladies graves. A noter simplement la fréquence de la toux, la bouffissure de la face et l'affection cutanée ; tous phénomènes s'étant manifestés entre la 1re et la 2e année.

Comme autres renseignements donnés par le père et la grand'mère paternelle, notons : un appétit exagéré, une faiblesse intellectuelle qui fait que le malade ne sait pas encore lire, il ne peut s'appliquer à rien : manque d'attention et distraction. Il se plaint souvent de points de côtés et de douleurs dans les jambes. Il est très frileux.

En l'examinant, on est frappé de la bouffissure de sa face, qui lui donne un aspect myxœdémateux. Il a du reste le cou mince et on sent difficilement le corps thyroïde. Il n'y a pas d'infantilisme.

La peau a un aspect tout à fait particulier.

A la face elle est sèche, légèrement squameuse et, au niveau des sourcils, il existe des grains saillants kératosiques. Le masque est indifférent, sans expression aucune.

Sur le thorax, en avant et en arrière, sur l'abdomen : desquamation en lamelles rudes, allongées, fines avec épaississement de la peau.

Cet épaississement et cette desquamation se retrouvent sur la peau des bras, des jambes, des fesses. Seuls les plis articulaires sont respectés. La paume des mains et la plante des pieds ont leurs téguments épaissis mais non squameux.

Sur la face externe des bras et la face antérieure des cuisses existent des grains kératosiques noirâtres, plus petits qu'une pointe d'épingle, quelques-uns centrés par un poil et donnant à la main une sensation de rugosité de rape et cliniquement l'aspect de la kératose pilaire.

La peau présente, en un mot, les lésions de l'ichtyose et mieux de la variété dite ichtyose pilaire.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité. Les réflexes sont normaux. Les pupilles réagissent normalement. Les extrémités sont facilement sujettes à se refroidir et deviennent parfois violacées.

Il n'existe aucune malformation dentaire ou osseuse. Légère adénopathie cervicale.

Les urines sont claires, de densité égale à 1019. L'analyse ayant porté sur une quantité de 1,320 grammes, émise en 24 heures, a donné 8 gr. 967 d'urée et 14 gr. 274 de chlorure par litre. Ni sucre, ni albumine.

A l'auscultation de la poitrine, on entend en avant et en arrière de nombreux râles ronflants ; il n'y a aucune modification à la percussion.

Le cœur est normal, les battements semblent éloignés mais sans souffles ou bruits surajoutés.

Les caractères du pouls sont tout à fait particuliers. Aux deux radiales on a peine à le sentir ; il est très faible des deux côtés, plus encore à gauche qu'à droite. Ces caractères de ténuité, de petitesse, le rendent filiforme, on dirait un pouls pré-agonique. Mais il est, quoique lent et petit, très régulier et bat environ 80 à 84 pulsations à la minute.

Il nous reste à signaler l'existence d'un réseau veineux thoracique très développé et une lésion linguale en rapport probable, sinon certain, avec la syphilis : cet enfant a sur la pointe de la langue une exulcération qui en fait tout le tour ; on dirait qu'à cet endroit il y a eu abrasion superficielle et qu'à la suite est restée une surface blanchâtre cicatricielle analogue à ce qui se produit dans le chancre lingual.

Obs. II. — Elisa M..., 10 ans. Sœur du précédent; venue avant terme à 8 mois et demi. Sauf la gourme et la rougeole, rien à signaler dans la première enfance.

En 1895, a présenté des placards d'eczéma impétigineux sur les jambes. Elle a été guérie par des lavages boriqués et des applications d'emplâtre rouge.

Elle a l'air intelligent et d'après les renseignements donnés elle est très alerte, apprend bien et s'occupe avec activité du ménage.

Pas de signes extérieurs d'infantilisme. Elle a sur la face des macules de lentigo ou taches de rousseur et une desquamation identique à celle présentée par son frère.

La peau est, en effet, chez Elisa M..., atteinte de la même altération que chez son frère, mais à un degré beaucoup plus accentué.

Chez elle, également, l'affection a débuté entre 1 et 2 ans et a toujours progressé depuis.

Chez elle également existe une sensation de refroidissement surtout localisée aux extrémités qui sont souvent violacées.

Elle a des adénopathies cervicales, un réseau veineux très développé sur la poitrine, une sensibilité et des réflexes normaux.

Elle tousse facilement, mais en ce moment la percussion et l'auscultation sont négatives.

Rien à signaler dans l'examen du cœur et des urines.

Le pouls présente les mêmes caractères de petitesse, d'exiguïté que chez Jean, mais poussés à un degré beaucoup plus considérable. Il faut chercher les pulsations radiales avec beaucoup de soin pour les trouver. La microsphygmie est ici des plus nettes et indéniable.

Enfin actuellement, elle a sur la partie externe de la cuisse droite, près du genou, un groupe de lésions ulcéreuses, groupées en cercle, diagnostiquées par M. le Dr Fournier : syphilides ulcéreuses et traitées comme telles.

L'existence de la syphilis chez ces deux enfants n'est pas douteuse, elle est confirmée par les renseignements tirés de la famille et que voici :

Grand'mère paternelle atteinte de bronchite chronique et d'emphysème.

Père, ébéniste, a eu un chancre induré il y a 15 ans. Il a été traité à Saint-Louis à l'aide de pilules et de sirop de Gibert. Il n'a pas eu d'accidents avant 1891. A ce moment il a été traité pour une syphilide palmaire avec des injections de calomel : il a été guéri après la 6e injection.

Actuellement il a une récidive de sa syphilide à la main droite.

Il est, en dehors de sa syphilis, d'une bonne santé habituelle. Il n'a aucun trouble viscéral.

La seule particularité à signaler est qu'il a, lui aussi, mais très atténués, des phénomènes desquamatifs cutanés et une kératose pilaire des bras et de la cuisse très accentuée.

Il s'est marié deux ans après avoir contracté la syphilis.

La mère des enfants est morte à 28 ans de péritonite suite de couches.

Elle a eu 5 enfants :

Le 1er, Jean, atteint d'ichtyose.

Le 2e, Elisa, atteinte d'ichtyose.

Le 3e, âgé de 8 ans, bien portant.

Le 4e, âgé de 6 ans, bien portant.

Le 5e, mort à 11 jours de méningite.

Tels sont les renseignements que nous avons pu obtenir.

Si nous résumons ce qui précède, nous voyons que deux enfants issus d'un père syphilitique, syphilitiques eux-mêmes, présentent une ichtyose kératosique, existant chez leur père à un faible degré, et une microsphygmie très nette, indéniable chez la fille, moins nette chez le garçon.

L'existence de l'ichtyose constitue chez les sujets qui en sont atteints, une véritable malformation, un trouble d'évolution, une dystrophie. Dystrophie qui est ou héréditaire directe ou bien héréditaire, indirecte, c'est-à-dire provoquée par une maladie des ascendants, entraînant des troubles de nutrition ou d'évolution chez les descendants.

L'existence de la microsphygmie est en rapport, en dehors de toute cause cardiaque, avec l'aplasie artérielle, elle en constitue un des signes. Et l'aplasie artérielle est le résultat d'une modification des vaisseaux rencontrée fréquemment dans les artérites généralisées.

Voici donc d'une part l'ichtyose et l'aplasie artérielle.

Nous savons d'autre part que les malades actuels sont syphilitiques héréditaires, et, de par ce fait même, en puissance de lésions artérielles qui sont le propre de la syphilis.

Ne peut-on pas en conclure logiquement que, la syphilis héréditaire, par une véritable artérite *généralisée fœtale* évoluant in utero, a créé : d'une part une malformation cutanée, l'ichtyose ; d'autre part, une malformation artérielle, aplasique, se traduisant par la microsphygmie radiale.

Cyanose des extrémités avec engelures chez un hérédo-tuberculeux microsphygmique et infantile.

Par MM. Gastou et Émery.

Pour faire suite aux deux cas précédents et démontrer le rôle que les maladies infectieuses ou toxiques des parents jouent dans la production de dystrophies ou de malformations chez les descendants, nous présentons ce malade dont voici l'histoire :

D..., âgé de 16 ans, garçon limonadier, est venu pour consulter pour des exulcérations douloureuses siégeant aux doigts et aux orteils.

Il raconte que cette affection se produit chez lui tous les hivers, que ses mains et ses pieds sont toujours froids, souvent même l'été. Il attribue ces accidents à ce fait qu'il met les mains très souvent à l'eau ; depuis trois ans, dit-il, les pieds et les mains sont beaucoup plus rouges qu'avant et plus douloureux.

On est en effet frappé de l'aspect des extrémités. Les mains et les pieds du malade sont rouges, livides, vineux ; les doigts et les orteils sont légèrement tuméfiés et sur leur face dorsale en plusieurs points existent des engelures. Les mains et les pieds sont froids, ne présentent pas objectivement de troubles de la sensibilité, mais si l'on vient à prendre le pouls radial du malade on est frappé de sa petitesse extrême.

Cette lenteur et cette petitesse du pouls, qui bat 80 à la minute, est remarquable si on l'oppose surtout aux bruits du cœur. Ces bruits sont secs, éclatants, métalliques, aussi bien à la pointe qu'à la base : on croirait ausculter le cœur d'un vieil athéromateux. Il n'y a pourtant aucune lésion cardiaque : le cœur est de volume normal, il n'existe aucun souffle, les battements sont réguliers, à aucun moment il n'y a eu de phénomènes locaux ou généraux en rapport avec une affection cardiaque.

Le malade n'a du reste aucune histoire pathologique antérieure : il n'a jamais entendu dire qu'il ait été malade.

Le fonctionnement des reins, des poumons, du tube digestif, du foie, est normal. Il n'y a ni modifications des réflexes, ni troubles de la sensibilité ou de l'intelligence.

Quoique âgé de 16 ans, le malade est de petite taille, peu musclé; ses organes génitaux sont à peine développés et sans un poil. Cet infantilisme est remarquable.

Si les antécédents personnels du malade n'indiquent rien de particulier, il n'en est pas de même de ses antécédents héréditaires.

Son père a 52 ans, il est bien portant. Sa mère est morte, trois ans après sa naissance, de tuberculose pulmonaire. Il est le troisième de quatre enfants.

L'aîné de ses frères, actuellement au régiment, a eu pendant longtemps des maux d'yeux qui faillirent le rendre aveugle. On l'envoya à Berck pour des adénites cervicales suppurées.

Le second, âgé de 18 ans, ne semble pas avoir été malade.

Le dernier enfant, une fille, mourut jeune subitement : à la suite de quelle maladie, son frère l'ignore.

Il est intéressant de relever dans l'histoire de ce malade : d'une part, la cyanose des extrémités et la microsphygmie ; d'autre part, la tuberculose héréditaire.

Nous avons vu dans les deux cas précédents que la syphilis était à l'origine de l'ichtyose. Ici c'est la tuberculose héréditaire qui semble créer chez ce malade un trouble circulatoire aboutissant à la cyanose des extrémités.

Syphilis ou tuberculose héréditaire ont produit également un pouls petit, faible, microsphygmique, une véritable aplasie artérielle.

Il semble donc que les maladies infectieuses ou toxiques, quelle que soit leur nature et leur agent, aboutissent, toutes, et de même façon, à produire chez les descendants des dystrophies et des malformations ; et, n'est-il pas logique, en présence de la microsphygmie, de penser que ces dystrophies et ces malformations sont le fait de véritables artérites généralisées congénitales infectieuses ou toxiques ?

Quelle que soit l'hypothèse il existe, à côté de l'hérédo-syphilis, une hérédo-tuberculose, l'une et l'autre pouvant aboutir aux mêmes troubles de l'évolution normale et à des dystrophies analogues : la cause disparaissant devant l'identité et la similitude des effets.

Note sur un cas de lymphadénie médiane de la face.

Par MM. HALLOPEAU et LAFFITTE.

La malade que nous avons l'honneur de présenter nous paraît digne d'intérêt en raison de la grande rareté des altérations dont elle est atteinte, des difficultés qu'en a présentées le diagnostic et des indications qu'elle peut fournir pour la solution de problèmes discutés.

La nommée D..., née C..., entre le 22 février 1898 au numéro 20 de la salle Lugol pour une affection caractérisée surtout par une énorme tuméfaction avec rougeur du milieu de la face. Agée de 66 ans, cette femme est d'une constitution vigoureuse ; elle a notablement maigri depuis le début de sa maladie qui remonte au mois de septembre 1896.

Comme antécédents, sont à noter des arthropathies survenues dans la jeunesse et ayant laissé des déformations permanentes des doigts et, il y a une vingtaine d'années, quelques élevures avec démangeaisons et desquamation dans le cuir chevelu.

L'altération actuelle de la face a débuté par une tuméfaction accompagnée de rougeur du côté gauche du nez.

Elle s'est étendue graduellement aux parties voisines de la joue correspondante, puis à toute l'étendue du nez, à la partie voisine de la joue droite et aux parties contiguës de la région frontale.

Les parties malades sont le siège de vives démangeaisons : il s'est produit concurremment des sensations prurigineuses intenses sur toute la surface du corps, et c'est au grattage ainsi provoqué que la malade rapporte la production d'autres éruptions sur le tronc et les membres. Nous avons, entre autres témoignages de ce grattage, l'arrachement presque complet des sourcils.

Il y a quatre mois, quatre injections hypodermiques ont été pratiquées dans les parties malades du visage : l'une d'elles aurait été, d'après la malade, suivie de la production d'une fistule lacrymale qui existe encore actuellement à gauche.

Un peu auparavant, une otite droite avait provoqué de violentes douleurs dans la moitié correspondante du crâne et donné lieu à un écoulement purulent par l'oreille ; il n'en reste pas trace aujourd'hui.

Les altérations du visage sont d'un aspect saisissant : toute la partie centrale de la face, depuis la lèvre supérieure jusqu'au milieu du front verticalement et transversalament jusqu'à la partie moyenne des joues, sont le siège d'une tuméfaction considérable avec rougeur vive.

Ces altérations forment un ensemble continu sans inégalité ni rien qui ressemble à une tumeur ; c'est au nez, et particulièrement dans ses deux tiers supérieurs, que la tuméfaction est le plus prononcée ; cette partie forme une saillie au-dessus du lobule ; le pourtour de l'organe, mesuré à son niveau, atteint 8 centimètres : il proémine d'environ 28 millimètres ; la tuméfaction du lobule, bien qu'un peu moindre, est encore considérable, on peut en juger par l'épaisseur de la narine qui mesure 15 millimètres ; il en résulte, avec la tuméfaction concomitante de la lèvre supérieure, une diminution considérable dans l'étendue des orifices des fosses nasales.

Toute la lèvre supérieure est également rouge et tuméfiée ; latéralement, les mêmes altérations s'étendent, comme nous l'avons indiqué déjà, sur la partie interne des joues ; la saillie normale y est exagérée au point de former une masse ovalaire, dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, sur une longueur de 5 centimètres et demi et une largeur de 4 centimètres et demi ; son relief est de 18 millim. Ces altérations sont symétriques ; elles se continuent, en haut, sur le tiers inférieur de la région frontale, dans l'espace compris entre les angles externes des yeux ; la partie sus-jacente au nez est séparée des parties latérales par un sillon profond de 15 millim. de diamètre ; toutes ces surfaces malades se continuent sans ligne de démarcation ; les parties proéminentes ne sont que l'exagération des reliefs normaux.

La consistance est plus ferme que celle des tissus sains sans être très augmentée, si ce n'est au-dessous et au pourtour de la fistule lacrymale ; il y a là une induration marquée qui paraît intéresser surtout le tissu cellulaire sous-cutané ; elle s'étend jusque vers l'angle externe de l'œil correspondant.

Les limites des altérations sont nettes : il n'y a cependant nulle part de rebord abrupt : c'est en s'affaissant graduellement que les parties malades se continuent avec les parties saines.

Les sillons naso-jugaux et médian de la lèvre sont, comme celui du front, beaucoup plus prononcés qu'à l'état normal.

Les veines des joues sont notablement dilatées. La paupière gauche est œdématiée sous l'influence de l'irritation provoquée par la fistule lacrymale.

Le nez est, depuis le début de la maladie, le siège d'un écoulement de liquide, qui, au dire de la malade, a toujours été clair, non purulent.

Au voisinage du nombril, on voit une éruption de papules planes, polygonales, luisantes, disposées en séries linéaires : elles se continuent en haut avec une plaque agminée, mesurant 5 centim. verticalement sur 8 transversalement; plus haut encore, il n'y a plus de papules, mais un érythème avec croûtelles et desquamation : ces parties ont été, ces jours derniers, le siège d'un prurit intense qui paraît avoir été le point de départ de ces lésions.

Sous l'hypochondre droit, on voit un groupe de papules lichénoïdes, les unes colorées, les autres pâles.

Au niveau du pli du coude gauche, se trouve une éruption semblable : les plis de la peau y sont exagérés ; cette éruption peut être qualifiée d'eczéma lichénoïde ; on voit au bras droit les mêmes altérations.

Les ganglions accessibles à la palpation sont, pour la plupart, notablement tuméfiés : il en est ainsi particulièrement de ceux de la région rétro-maxillaire, des aisselles et des aines; certains d'entre eux atteignent le volume d'une grosse amande ; la rate est notablement tuméfiée : elle mesure en effet 8 centim. verticalement sur 13 transversalement.

Les altérations du visage qui viennent d'être décrites sont des plus exceptionnelles ; nous n'avons, pour notre part, rien observé de semblable ; aussi le diagnostic n'a-t-il pas été sans présenter de réelles difficultés.

Nous avons dû, en premier lieu, éliminer l'hypothèse d'une acné hypertrophique et celle d'un lupus érythémateux dont, au premier abord, la distribution des lésions aurait pu donner l'idée : il manque en effet ici la lobulation et les lésions glandulaires de l'acné hypertrophique et l'on n'observe pas, dans le lupus érythémateux, une tuméfaction aussi considérable ; il n'y a d'ailleurs pas trace de tissu de cicatrice au niveau de l'altération. L'hypothèse d'un sarcome est bien invraisemblable, en l'absence de toute tumeur isolée et des caractères de cette tuméfaction qui n'est que l'exagération des saillies normales.

Nous avons pensé, en raison des suppurations de l'oreille droite et du sac lacrymal gauche, à une infection des cavités nasales ; l'un de nous a en effet publié, avec M. Jeanselme (1), un fait dans lequel des suppurations associées à des syphilomes des fosses nasales ont donné

(1) HALLOPEAU et JEANSELME. *Congrès de Rome*, 1894.

lieu consécutivement à de doubles suppurations des conduits auditifs et des voies lacrymales ; les résultats des examens pratiqués à ce point de vue par notre collègue M. Hermet ont été négatifs ; il n'y a plus trace de suppuration de l'oreille ; il n'y a, dans les fosses nasales, d'autre altération qu'un œdème des parties molles comparable à celui du tégument externe ; la cloison est épaissie ; il n'y a pas d'ulcération ; l'examen des sinus maxillaires, pratiqué par M. Brault à l'aide de la radiographie, a démontré qu'ils ne sont pas non plus le siège de suppurations.

En raison de l'écoulement nasal, et malgré les assertions de la malade affirmant que ce liquide était toujours limpide, nous nous sommes demandé si nous n'aurions pas affaire à un farcin : du pus a été pris au niveau de la fistule lacrymale et introduit dans le péritoine d'un cobaye ; les résultats ont été pleinement négatifs.

Il n'en a pas été de même de l'examen du sang ; recueilli par une piqûre du doigt, il nous a dénoté une augmentation très considérable dans le nombre des globules blancs ; on en compte en effet 250,000 pour 4,900,000 hématies, soit plus d'un pour vingt ; sur cent de ces leucocytes on trouve 90 lymphocytes, 8 éléments polynucléaires et deux éosinophiles.

Ce fait nous paraît d'une importance capitale et impliquer la solution du problème : il montre en effet, concurremment avec les adénopathies multiples, la tuméfaction de la rate, le prurit généralisé et les éruptions disséminées sur le tronc et les membres, qu'il s'agit d'une maladie générale dont l'altération faciale n'est qu'une manifestation et que cette maladie générale a pour élément essentiel, et sans doute primordial, la leucémie. (Une biopsie a été pratiquée dans les parties malades du visage ; nous en donnerons ultérieurement les résultats.)

Dès à présent, nous pouvons affirmer le diagnostic de leucémie et par conséquent rattacher à l'altération du sang l'ensemble des phénomènes morbides. Il ne s'agit pas en effet d'une leucocytose secondaire, le malade n'est nullement cachectique.

Ce fait présente des analogies incontestables avec ce que l'on observe dans le mycosis fongoïde.

La tuméfaction de la plus grande partie du visage, accompagnée de rougeur et de prurit, rappelle les néoplasies du mycosis ; l'existence concomitante d'adénopathies multiples et de lésions lichénoïdes ou eczématiformes constitue une nouvelle analogie avec cette maladie : cependant la tuméfaction de la face diffère notablement de celles que l'on y observe ; il n'y a pas là une tumeur proprement dite, mais bien plutôt un épaississement avec rougeur de la peau et du tissu sous-jacent ; la surface de la partie tuméfiée est remarquablement lisse et exempte de toute élevure partielle ; le rebord n'est pas abrupt avec

tendance à se renverser en dehors comme il l'est d'ordinaire dans le mycosis; d'autre part, le tissu cellulaire est le siège, au-dessous d'une partie de la tuméfaction, d'une induration presque ligneuse que l'on n'observe guère dans le mycosis; on trouve des adénopathies dans toutes les régions accessibles à la palpation, alors même que les téguments des régions voisines paraissent sains, c'est encore là une particularité étrangère au mycosis; enfin, la malade éprouve, sur toute la surface du corps, des sensations prurigineuses, alors même que les parties où elles se font sentir sont exemptes d'altérations; ces faits établissent, dans leur ensemble, des différences notables avec le mycosis.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs cas de leucémie avec altérations cutanées, tels sont ceux dont Kaposi, Biesiadecki, Hochsinger et Schiff ont publié la relation: dans aucun de ces faits, on n'a observé une manifestation semblable à celle que présente notre malade; le plus souvent, il s'agit de tumeurs de petit volume; cependant on note d'habitude la surface lisse et égale de l'épiderme qui les recouvre ainsi que le manque d'ulcérations, la mollesse et la participation du tissu cellulaire sous-jacent; dans un cas de Kaposi, il est question d'épaississements cutanés atteignant le volume d'œufs de pigeons.

Nous avons signalé dans un cas d'adénie un prurit intense sans altérations appréciables du tégument.

Nous résumerons ainsi les faits consignés dans cette première note :

1° *La leucémie peut s'accompagner d'éruptions eczémateuses et lichénoïdes comparables à celles du mycosis;*

2° *Elle peut donner lieu à un prurit intense et à des adénopathies multiples sans altérations appréciables des téguments;*

3° *Il peut se développer dans son cours, et selon toute vraisemblance sous son influence, des épaississements accompagnés d'une rougeur vive de la peau et occupant de larges surfaces avec saillies et dépressions qui correspondent aux dépressions et saillies naturelles énormément amplifiées;*

4° *Ces épaississements peuvent n'avoir pas le caractère de tumeurs et se continuer sensiblement avec la peau saine sans en être séparés par un rebord abrupt comme il est de règle dans le mycosis; ils intéressent le tissu sous-cutané qui peut s'indurer; leur surface est remarquablement lisse et régulière; leur disposition est symétrique; siègeant à la face, ils altèrent la physionomie de la manière la plus saisissante.*

M. Leredde. — Je demande à M. Hallopeau s'il n'est pas d'avis de ranger ce cas dans ce que Kaposi a décrit sous le nom de lymphodermie pernicieuse.

M. Hallopeau. — Il ne me paraît pas démontré qu'il s'agisse, comme dans le cas de Kaposi, d'une forme de mycosis.

M. Hermet. — J'ai examiné le nez et les oreilles de cette femme. J'ai constaté une otite moyenne banale et dans le nez une infiltration de la muqueuse analogue à celle de la peau.

Syphilis héréditaire, incontinence d'urines.

Par M. G. Baudouin.

Voici une jeune fille de 18 ans, que M. le professeur Fournier a bien voulu me charger de vous présenter et dont le cas est particulièrement intéressant en raison des considérations suivantes. Chez elle tout d'abord l'hérédo-syphilis est indiscutable, ainsi qu'en témoignent un certain nombre de symptômes d'une part et les renseignements fournis par l'enquête faite du côté de la famille d'autre part. Du côté de la malade, en effet, vous constatez d'emblée des altérations classiques dues à l'hérédité spécifique : le nez est complètement affaissé par suite de la nécrose de son squelette osseux ; la pointe, relevée, émerge seule en quelque sorte de la région centrale du visage ; à la place de la saillie occupée normalement par tout l'organe entre sa base et sa pointe, vous voyez un méplat résultant de l'effondrement osseux sous-jacent. Il y a de l'ozène qui se traduit par un écoulement peu abondant d'ailleurs, mais surtout par une fétidité de l'haleine nasale telle que la malade ne peut plus rester dans un atelier. Le crâne est déformé; les bosses frontales saillantes et élargies donnent au front une proéminence exagérée. Au niveau des commissures labiales et au milieu de la lèvre inférieure, les cicatrices déprimées, blanchâtres, témoignent de lésions ulcéreuses profondes développées dans l'enfance et dont la malade n'a aucun souvenir.

La dentition de notre malade est le siège d'altérations des plus intéressantes : 1° *Du côté de l'arcade dentaire supérieure*, incisives atrophiées, mordant bout à bout les incisives inférieures, désorientation entraînant une articulation vicieuse ; incisives centrales écartées de deux millimètres environ l'une de l'autre, tournées sur leur axe, petites, atrophiées, conoïdes, montrant quelques stries transversales superficielles, taillées d'une encoche à la leur face postérieure ; incisives latérales à bord triturant légèrement angulaire ; absence de canine gauche et petites molaires désorientées.

2° *Du côté de l'arcade dentaire inférieure*, incisives centrales minces, débordant seulement de 2 à 3 millimètres le bord gingival, un peu conoïdes et à bord triturant usé en forme de plateau ; canine droite en rotation externe ; petites molaires désorientées.

L'examen des yeux fait par M. Sauvineau a révélé des traces de névrite optique ancienne et des anomalies pigmentaires.

Bien que ne présentant aucun trouble de l'ouïe, la malade dit avoir eu

dans son enfance des maux d'oreilles qui l'ont rendue sourde pendant plus d'un an.

L'enquête faite sur sa famille nous a appris ce qui suit :

Le père, âgé aujourd'hui de 46 ans, et encore atteint d'un coryza chronique, est issu d'une souche débile, vu que sa mère est morte de tuberculose pulmonaire, après avoir perdu ses trois autres enfants (une fille âgée d'un an, deux garçons âgés l'un de 6 mois, l'autre de quatre ans, tous deux morts de méningite). Lui-même, pendant qu'il était soldat, a eu à la verge un bouton qui semble avoir été considéré comme chancre infectant.

La mère, bien portante, a eu 9 grossesses dont les résultats sont des plus instructifs : trois se sont terminées avant terme par la naisssance d'une fille qui vit encore et de deux enfants mort-nés ; trois autres ont donné le jour à des enfants qui, nés à terme, sont morts à 15, 17 et 6 mois.

Parmi les enfants vivants, en outre de la malade, nous avons vu deux filles atteintes de coryza chronique ; chez l'une les incisives latérales supérieures sont atrophiées, chez l'autre il y a du strabisme et des lésions dentaires plus accusées (vulnérabilité, absence de canines supérieures, défaut de contiguïté entre les arcades dentaires supérieures et inférieures au niveau des points de contact normaux lorsque la bouche est fermée).

En outre de toutes ces altérations et dystrophies liées à l'hérédo-syphilis, la malade présente un phénomène qui constitue à nos yeux le principal intérêt de son observation. C'est une incontinence d'urine qui dure depuis sa naissance et qui, après avoir cessé à plusieurs reprises autrefois pendant quelques jours, a augmenté sensiblement dans ces dernières années. Constante actuellement, elle oblige les parents de la malade à la réveiller trois ou quatre fois chaque nuit pour éviter qu'elle ne souille son lit. Pendant le jour, les besoins d'uriner sont fréquents, impérieux, et demandent à être immédiatement satisfaits. Or l'incontinence persistante des urines étant considérée, non sans raison, comme un stigmate de dégénérescence, nous nous demandons si la syphilis héréditaire, qui fait des dégénérés, doit revendiquer une part dans sa production ; d'autant plus que, dans ce cas, nous ne pouvons pas relever chez le malade une tare nerveuse, par exemple telle que l'épilepsie considérée par les neuro-pathologistes comme un de ses facteurs étiologiques les plus fréquents.

M. Fournier. — L'incontinence nocturne d'urine est très fréquente chez les dégénérés; il n'est donc pas étonnant que l'hérédo-syphilis puisse déterminer ce symptôme. Il serait intéressant de rechercher dans quelle proportion de fréquence on l'observe chez les hérédo-syphilitiques.

Nævus congénital sous forme de couperose occupant la face, le front et le cuir chevelu, avec buphtalmie monoculaire.

Par M. Galezowski.

Je prends la liberté de vous présenter un enfant atteint d'une dif-

formité congénitale particulière et qui dans sa forme et ses complications oculaires mérite votre attention.

Il s'agit d'une petite fillette, âgée de 9 mois et qui est venue au monde après un accouchement difficile au moyen, de forceps. Quoique bien portante, elle présente une anomalie de conformation des plus bizarres. Toute la face est rouge, livide, devenant rouge cramoisi au moindre cri ou effort fait par l'enfant. Cette rougeur s'étend sur toute la tête, et ne s'arrête que par des lignes assez bien circonscrites au cou; sur le front, une bande blanche de 3 centimètres s'étend du sourcil jusqu'au sommet de la tête. Des taches arrondies, disséminées, se distinguent sur tout le cuir chevelu. Le reste du corps est sain, il n'y a que sur le bas-ventre qu'on distingue une tache rouge grande comme une pièce de 5 francs, très bien circonscrite.

Ce qui m'a frappé le plus chez cette enfant, c'est l'état de ses yeux; l'œil gauche en effet est plus grand très visiblement que le droit, et il a l'aspect d'une buphtalmie. Les deux yeux sont atteints d'un nystagmus latéral. Le fond de l'œil me paraît normal, sauf la teinte et la coloration de la choroïde qui présente par places des nuances plus foncées, très visiblement circonscrites, comme s'il s'agissait là d'un nævus choroïdien.

Il n'existe point d'antécédents spécifiques; la mère, qui le nourrit actuellement, est saine, mais elle a une petite tache nævique sur sa poitrine et rien de plus.

M. Fournier. — Voici un cas de dégénérescence. Dépend-elle de la tuberculose, de la syphilis, de l'impaludisme, de l'alcoolisme, chez les parents? C'est ce qu'une enquête plus approfondie devra éclaircir.

Épithélioma pigmenté du bord palpébral développé dans un nævus.

Par M. Galezowski.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, est un homme âgé de 57 ans, fort et robuste, habitant la campagne et jouissant toujours d'une excellente vue. Il s'était aperçu, il y a 6 mois, qu'une petite grosseur s'était développée sur le bord de la paupière inférieure gauche, à l'endroit d'une ancienne verrue brunâtre, qu'il portait depuis son enfance. De pareils *signes de beauté* existent sur le cou et sur d'autres parties du corps. De plus, on aperçoit à la face dorsale de ses mains des taches pigmentées d'aspect brunâtre. De petits points pigmentés, bien circonscrits, se distinguent çà et là sur les différentes parties du corps.

Ce qui frappe surtout chez ce malade, c'est le mode d'évolution de cette tumeur palpébrale, qui, comme vous pouvez juger, Messieurs, n'est autre chose qu'un épithélioma pigmenté, occupant le milieu du bord palpébral inférieur, entouré d'une bande noire pigmentée et bien circonscrite. Le reste

de la paupière est tout à fait sain, mais si on écarte fortement la paupière du globe de l'œil, on constate une bande noire pigmentée, large de 4 à 5 millimètres et longue d'un centimètre et demi, développée dans le pli conjonctival voisin du cul-de-sac. Cette pigmentation est toute récente au dire du malade, elle ne date que de 3 mois, elle ne le fait pas souffrir et ne trouble point la vue qui n'est que presbyte.

Il s'agit donc chez notre malade d'un épithélioma pigmenté du bord palpébral, qui a pris naissance dans une tache pigmentaire næviforme de la paupière.

Quelques essais d'hémothérapie et de sérothérapie dans la syphilis.

Par M. L. JULLIEN.

Au commencement de 1896 je recueillis sur le col utérin, par un procédé que j'ai indiqué à la Société, le sang d'une vieille tertiaire, venue dans le service pour d'anciens ulcères et une exostose, et je l'injectai en nature à une forte fille de 22 ans, récemment infectée et chez laquelle commençaient à se manifester les premières marques de l'exanthème spécifique (mal. n° 998). Je fis une première injection de 2 centimètres cubes le 5 janvier, et une de 3 centimètres cubes le 13 janvier.

L'éruption sembla d'abord diminuer, mais bientôt apparurent une série d'accidents, mal de tête fort douloureux, papules muqueuses, recrudescence de l'exanthème qui me forcèrent à instituer le traitement mercuriel. Je n'avais noté aucun phénomène au lieu de l'injection, et presque aucun malaise général, si j'excepte une sensation de froid survenant vers 6 heures du soir, une tendance à l'engourdissement et une élévation de température, qui ne dépassa pas 37°,9.

Je ne renouvelai pas cet essai.

En juillet 1897, ayant l'occasion de recueillir une assez grande quantité de liquide ascitique chez un syphilitique hydropique par cirrhose hépatique, j'eus l'idée de l'injecter à des malades de la période secondaire commençante. Je m'étais assuré d'abord : 1° que ce liquide, reçu aseptiquement dans des récipients préparés, était resté stérile ; 2° que son injection à des cobayes n'était suivie chez ces animaux d'aucune manifestation morbide.

1er CAS. — La première malade, la femme N..., âgée de 22 ans (n° 1500), reçut en 15 injections 93 centimètres cubes d'ascite, sans aucun symptôme local ou général, sans fièvre, sans frisson, sans albuminurie. Mais la spécificité ne fut en rien amendée. Je cessai et recourus au mercure, quand la

région des omoplates se couvrit de taches et de papules cuivrées, à disposition corymbiforme, en même temps qu'une hyperostose frontale se dessinait. Les frictions eurent vite raison de ces accidents.

Pour être complet, je dirai que cette femme était petite et de constitution malingre, son poids était de 50 kilogrammes.

2e Cas. — Tout autre fut le résultat chez la seconde malade, Maria C..., âgée de 19 ans, du poids de 51 kilog. (no 1536). L'épiderme commençait à se parsemer de petites taches de roséole ortiée. Le 10 juillet je commençai les injections de liquide ascitique; d'une seringue ordinaire de Pravaz, je passai assez rapidement aux doses de 5, 10, 15 et 20, même 40 grammes, si bien que le 30 août, avec mon excellent interne M. Sibut, nous avons injecté 526 grammes en 17 injections, sans autre accident local qu'un peu d'œdème, vers la fin, au moment des fortes doses. En revanche, le résultat thérapeutique avait été très bon, tout à fait comparable à celui d'un traitement mercuriel régulièrement suivi. Tous les accidents avaient disparu et le poids s'était élevé de 51 à 54 kilogrammes.

En septembre et en octobre je combattis par les topiques locaux 2 ou 3 plaques muqueuses. En novembre, le poids atteignait 58 kilog. Le 3 janvier elle quittait Saint-Lazare complètement débarrassée, pour aller dans un couvent. Vers la fin de février elle me fut renvoyée pour des aphtes qui guérirent spontanément. Elle est aujourd'hui libre de toute manifestation. Elle n'a pas pris un atome de mercure.

Un si petit nombre de faits ne prêtent pas à de vastes conclusions. Je ferai cependant remarquer l'innocuité de ce procédé et son apparente efficacité une fois sur deux.

Demander à l'humeur ascitique d'un sujet certainement syphilitique la toxine curative que d'autres ont demandée au liquide de l'hydrocèle (Bœck, Vievorovsky, Cottrel), au lait de femme (Tommasoli), c'est obéir à une induction logique et rationnelle, et je crois l'entreprise digne d'encouragements. Tommasoli semble avoir été moins heureux dans 7 cas où il se servit, comme je l'ai fait, de sérum hydropique et qui m'avaient échappé au moment où j'entrepris mes recherches. Il note en effet de la céphalée, des vertiges, des accidents convulsifs, et des adénopathies douloureuses et torpides, avec des douleurs dans les membres inférieurs. Je n'ai rien vu de pareil. Maria C... souffrit à la vérité en novembre, 2 mois après la dernière injection, d'une arthropathie du genou gauche, mais le traitement le plus banal en vint facilement à bout.

Nouvelle note sur la pratique des injections d'huile grise (1).

Par M. Barthélemy.

L'huile grise est une excellente préparation, active et bien tolérée; elle n'a qu'un inconvénient, c'est de nécessiter une dose exacte et par gouttes ; or, avec les seringues habituelles, on n'est jamais sûr de la dose.

C'est pour répondre à ce desideratum que j'ai fait construire par Gudendag, en 1896, une petite seringue bien calibrée avec laquelle on peut, sans se tromper jamais, introduire exactement les trois gouttes et demie qui font la dose courante et efficace pour les femmes ; la dose des hommes étant de quatre et cinq gouttes.

Cette seringue m'a rendu les plus grands services ; et je puis dire que, depuis deux ans, je n'ai eu ni abcès ni stomatite, et que beaucoup de guérisons ont été obtenues. Je procède toujours par série de six injections, une par semaine. Les séries étant espacées, sauf indication spéciale, par deux mois de repos.

Pour ne pas perdre de temps tout en traitant par ce procédé les malades de tout un service hospitalier, j'ai organisé à Saint-Lazare ce que j'appelle *l'équipe* des injections, ou mieux, pour ne pas prêter à confusion, des *piqûres*. Une infirmière antiseptise la région au sublimé pendant que j'opère la malade voisine ; une autre tient la lampe qui sert à flamber les aiguilles, toutes en platine iridié. La même présente tout prêt le flacon d'huile grise antiseptisée et fraîchement préparée ; la dernière enfin sèche immédiatement la piqûre et la recouvre de collodion ou d'épithème boriqué. L'opérateur se tient entre deux lits et les malades y montent successivement et rapidement, qu'on me passe l'expression, toutes les fesses droites à droite, toutes les fesses gauches à gauche. Pendant qu'une malade est injectée, l'autre est préparée ; l'opérateur n'a qu'à remplir la seringue, flamber l'aiguille et qu'à se retourner alternativement d'un côté et de l'autre.

Le traitement en masse est ainsi rendu très sûr, très rapide et réellement pratique. Il suffit d'avoir un outillage maintenu en bon état.

Tel est le procédé dont je puis affirmer l'utilité puisque voilà deux ans que je le mets hebdomadairement en pratique. En ville, il est inutile d'aller si vite puisqu'on n'a jamais qu'un seul malade à traiter à la fois. Je dois dire que les malades exigent le plus souvent eux-mêmes le traitement par les piqûres d'huile grise de préférence aux autres modes de traitement. Si l'indication existe de donner en même temps l'iodure de potassium, l'estomac reste libre pour ce médicament comme pour les

(1) Voir 1re note, *Congrès de médecine*, Nancy, 1896.

toniques. Je note en passant que je donne l'iodure par dose de 50 centigr., ou d'un gramme en grains ou en poudre, contenu dans de petits tubes de verre que les malades portent sur eux et qu'ils jettent dans leurs boissons ou leurs aliments, lait, potage, chocolat, bière, sirops, etc. J'ai remarqué que les traitements ainsi étaient plus régulièrement et plus longtemps suivis et que la tolérance des iodures était facilitée. Dans les sirops ou dans les solutions, même les plus soignés, les fermentations s'établissent vite; et il n'est pas indifférent de faire prendre ainsi pendant longtemps aux malades des solutions cryptogamées. De plus, les doses sont plus précises et plus longtemps exactes ; car, assez rapidement les couches superficielles des solutions ne contiennent plus la quantité saline prescrite et les couches profondes sont saturées.

J'ai obtenu des résultats très satisfaisants dans des grossesses syphilitiques en faisant à la mère pendant tout le temps de sa grossesse une piqûre d'huile grise par mois. Auparavant je donnais une cuillerée à café de liqueur de van Swieten chaque jour pendant toute la durée de la grossesse. Ces procédés m'ont paru plus pratiques et plus actifs que les frictions ou que les sirops administrés par périodes espacées.

Pour le traitement de la syphilis infantile au contraire, les frictions, la liqueur de van Swieten ou le sirop biioduré restaient toujours les meilleurs moyens, à cause de la difficulté qu'il y avait à fractionner en dose minime et toujours exacte la dose primordiale de trois gouttes et demie admise par l'adulte. C'est pour combler cette lacune que j'ai modifié la disposition primitive de la seringue dont je viens de décrire les bons services. J'ai cherché à la rendre utilisable pour toutes doses, minimes, moyennes, intensives, c'est-à-dire pour les enfants comme pour les adultes et en toute sûreté.

Au lieu de marquer par les crans la dose totale de trois gouttes et demie qui est celle que j'emploie couramment à Saint-Lazare, j'ai



fait diviser le contenu de la seringue en autant de séparations qu'il y a de centigrammes de mercure métallique dans cette dose de trois gouttes et demie. En d'autres termes, chaque division de la seringue correspond exactement à un centigramme de mercure métallique ; une division sera la dose pour un nouveau-né, sept divisions seront la dose de la femme adulte et dix divisions feront celles de l'homme ; car, ici, comme dans toute médication, il faut tenir compte du poids des individus.

Ces divisions sont précises et constantes ; on peut en être sûr, il

est facile d'ailleurs de s'en assurer. Je crois pouvoir donc dire que ce petit et nouvel instrument contribuera puissamment à la généralisation de la méthode des piqûres d'huile grise et à la défense contre la syphilis au moyen des injections de préparations mercurielles insolubles.

En attendant que soit trouvé le moyen de rendre l'organisme humain plus animalisé au point de vue syphilitique, plus syphilophagocythe, réfractaire en un mot, il convient de recourir au traitement qui secourt le plus efficacement l'économie infectée en combattant directement l'agent virulent, c'est-à-dire au mercure et notamment, parmi les préparations insolubles, à l'huile grise. La clinique montre les meilleurs résultats après une série de 7 à 8 piqûres hebdomadaires pour l'homme et de 6 à 7 pour la femme adulte et jeune. Après chaque série, on peut laisser l'élimination et l'action se produire pendant 5 semaines environ pour l'homme et pendant 7 semaines pour la femme. Dans le cours de la première année du traitement curatif de la syphilis de l'homme, on peut faire, selon l'intensité des cas, jusqu'à quatre séries de huit piqûres hebdomadaires chacune, soit de 56 jours séparés par 35 jours de repos. Dans la seconde année on en ferait 3 ; dans la troisième et la quatrième année, on en ferait 2. Or chaque piqûre introduit dans l'organisme, pour la femme, 7 centigrammes de mercure métallique, et 8,9, voire même 10, pour l'homme ; — il s'agit, bien entendu, d'adultes et non d'enfants ou de vieillards. Il en résulte que, pour la femme, le *traitement curatif* peut se faire, dans les cas moyens, par 42 centigr. de mercure métallique par série, soit 1 gr. 68 pour la première année ; 1 gr. 26 pour la seconde ; 84 centigr. pour les troisième et quatrième années. Le *traitement de garantie* ne comporte plus ensuite qu'une série de quatre piqûres, de temps en temps, tous les trois ans par exemple, dans les cas moyens.

Pour l'homme, les doses moyennes seront plus élevées : 8 piqûres par série au maximum, de 8 à 9 centigrammes chacune, soit un total de 72 centigrammes de mercure métallique par série. Comme quatre séries seront faites dans le cours de la première année, nous avons pour toute la première 3 gr. 28 ; 2 gr. 16 pour la seconde ; enfin, 1 gr. 44 pour les deux suivantes ; ce qui revient à donner comme dose approximative totale du traitement curatif de la syphilis, 4 gr. 62 de mercure, pour la femme ; et 8 gr. 32 au maximum ou 6 gr. 16 au minimum, pour l'homme.

Note sur la lèpre néo-calédonienne.

Par M. DE LANGENHAGEN.

Il résulte de mon observation personnelle et de la petite enquête à laquelle je me suis livré (auprès de nos confrères de la marine et colo-

niaux) que la lèpre est prodigieusement fréquente en Calédonie ; l'on y compte en effet environ 1,600 cas de lèpre (blanche ou indigène) et, si des mesures rigoureuses ne sont pas prises à bref délai, nul doute que l'accroissement de cette maladie, très sensible depuis plusieurs années, ne constitue un danger menaçant. Dans un récent voyage entrepris par un médecin colonial dans le nord de l'île, on a découvert 70 lépreux dans la brousse.

Avec un total pareil, il est difficile aux médecins résidants de ne pas être contagionnistes, et cependant, les contagionnistes les plus intransigeants reconnaissent la difficulté d'obtenir quelque certitude à cet égard en présence de la possibilité d'un développement spontané ou d'une influence héréditaire ; d'autre part, les partisans de la non-contagion font des réserves au sujet de la question d'inoculation.

Pour ce qui est du mode de transmission, je ne crois pas exclusivement à la contagion ; il faut tenir grand compte de l'influence des mauvaises conditions hygiéniques. Ici on peut invoquer la chaleur humide, l'action déprimante de certaines émanations telluriques et marécageuses, les effets d'une alimentation vicieuse, l'habitat dans des cases humides, etc., etc.

Et, sous tous les climats, il est entendu que l'ichtyophagie est susceptible de jouer un certain rôle dans la production et la propagation de cette terrible maladie.

Comment se défendre de cette pensée quand on voit que ce sont surtout les populations *purement maritimes, insulaires,* qui sont particulièrement affligées de la lèpre : l'Islande, la Norvège, les Antilles, les îles océaniennes, et les îles du Pacifique, la *Nouvelle-Calédonie*, les Sandwich, les Philippines, Bornéo, la Nouvelle-Guinée, la Nouvelle-Zélande, etc.

Mon avis est que beaucoup de cas de lèpre demeurent ignorés, surtout dans les pays où cette maladie est considérée comme une rareté, à Paris notamment ; aussi convient-il de penser à la lèpre et d'en soupçonner toujours la possibilité dans les cas douteux.

Un cas probable s'est présenté à ma consultation avant-hier ; le voici rédigé en quelques lignes :

M. X..., sujet australien, israélite, négociant à Nouméa, âgé de 26 ans, vient me consulter pour une *éruption* singulière occupant les membres et le tronc. Cette éruption est constituée par des *taches* de forme circulaire, lisses, pour la plupart grenues, *de coloration brun-fauve*, occupant les membres avec une disposition généralement symétrique, surtout aux membres supérieurs où ces taches paraissent suivre plus volontiers le trajet cubital. A la jambe droite, une de ces taches, d'une étendue plus considérable que toutes les autres, a *presque la totalité de son centre décolorée par îlots* (véritables taches centrales blanches).

Et chose singulière, au niveau de ces taches blanches et de toutes ces plaques brunes, *la sensibilité* de la peau est presque normale, à peine y a-t-il un léger degré d'anesthésie au niveau d'une petite tache blanche.

Détail intéressant : le malade me raconte que cette même éruption lui revient (depuis environ 18 mois) tous les 3 ou 4 mois et, chaque fois, il en pressent l'invasion par un léger état fébrile avec grand abattement, maux de tête, troubles digestifs, sensation pénible de courbature, douleurs rhumatoïdes généralisées, surtout dans les membres inférieurs. L'éruption est tout à fait rosée au début, puis, très rapidement, les taches deviennent d'un rouge foncé, et successivement prennent un ton fauve ou même noirâtre. Ajoutons à ces signes objectifs, le facies du malade, son habitus extérieur, son état psychique très déprimé, et nous avons un tableau clinique qui nous fait songer à la lèpre.

J'ai aussitôt pris un lambeau de peau sur les confins de la plaque si typique de la jambe, et l'examen bactériologique, pratiqué au laboratoire de bactériologie de l'Hôpital militaire, nous a donné une épreuve négative, ou tout au moins douteuse, car le champ du microscope ne nous a révélé qu'un ou deux bacilles mal caractérisés.

Malade donc à suivre et à revoir.

J'insiste, chez ce malade, sur les signes objectifs presque typiques de lèpre maculeuse, en dépit de la sensibilité normale, et sur ces *poussées éruptives* avec prodromes (très caractéristiques de la lèpre) survenant tous les 2 ou 3 mois chez ce malade. Et nous savons tous que ces taches peuvent exister seules pendant plusieurs années, et que ce n'est qu'à la longue que d'autres manifestations de la lèpre peuvent se produire.

Deux cas sont ici à l'étude sur lesquels on va essayer la *sérothérapie*.

Un de nos confrères de l'île Nou a une observation qui lui est favorable : les lépromes ont subi un affaissement notable, et l'état général du sujet s'est sensiblement amélioré.

Pour ma part, je demeure fort sceptique relativement aux effets du traitement de Carrasquilla : on sait combien les périodes silencieuses sont très fréquentes dans la lèpre.

Quand *l'anesthésie* est aussi complète que possible, l'examen microscopique de la peau décèle une quantité minime de bacilles ; ils sont alors, sans doute, localisés surtout dans les nerfs.

Fibromes sous-cutanés du prépuce.

Par M. L. PERRIN (de Marseille).

Des diverses tumeurs que l'on peut rencontrer sur la verge, c'est le cancer qui a été l'objet des études les plus complètes ; il présente,

en effet, le plus grand intérêt, soit au point de vue du diagnostic pour le syphiligraphe, soit au point de vue opératoire pour le chirurgien. Parmi les autres tumeurs du pénis, les plus fréquentes sont les kystes sébacés et les végétations, condylomes végétants ; leur histoire est bien connue ; les productions cornées sont assez rares ; quant aux fibromes et aux lipomes, ils n'ont été qu'exceptionnellement signalés. MM. Monod et Brun se bornent à leur égard à une simple mention dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Ayant eu l'occasion d'observer un groupe de tumeurs fibreuses développées au niveau du prépuce, qui ont pu être excisées, nous publions ce fait clinique assez rare, avec l'examen histologique pratiqué par le Dr Pilliet. Voici cette observation :

X..., âgé de 49 ans, garçon de restaurant, vient nous consulter en octobre 1897, pour des productions morbides, dures, mamelonnées, siégeant sur la verge.

Antécédents. — Chancre syphilitique il y a vingt-cinq ans, suivi d'accidents secondaires bénins, pour lesquels il a été traité à Paris; depuis cette époque aucune autre manifestation spécifique. Il a eu cinq à six blennorrhagies subaiguës qui n'ont été suivies d'aucune complication; pas de rétrécissement de l'urèthre. Aucune autre maladie à signaler; pas de tuberculose, pas de diabète. X... est un homme robuste et bien portant.

C'est en 1894 qu'il s'est aperçu, au niveau de la partie supérieure du frein et sur le bord préputial, de l'apparition de petites saillies dures qui ont peu à peu augmenté de volume et de nombre, et qui sont devenues gênantes par leurs dimensions et leur dureté.

Au mois d'octobre 1897, le malade était dans l'état actuel suivant. Les tumeurs siègent à la partie inférieure du gland qui est découvert dans toute son étendue : au niveau du frein et du bord du prépuce sur les parties médianes et latérales de sa face inférieure. Elles sont groupées en ces points et forment une masse lobulée produite par la réunion d'un certain nombre de nodules plus ou moins volumineux.

Le nodule qui aurait apparu le premier, siège à trois ou quatre millimètres au-dessous de l'extrémité inférieure du méat urinaire; il est arrondi, dur, saillant et a à peu près les dimensions d'un pois, sa couleur est blanc-jaunâtre. Nettement séparé du méat, il paraît s'être développé à l'extrémité supérieure, au sommet du filet préputial. Celui-ci dans sa partie moyenne est épaissi, induré et saillant. A son extrémité inférieure, c'est-à-dire à sa base existe une masse dure, lobulée, formée par la réunion de plusieurs nodosités; cette masse a dans son ensemble le volume d'une grosse noisette, les nodosités qui la constituent varient de la dimension d'un pois à celle d'une lentille. Cette tumeur médiane se continue de chaque côté du frein, au niveau du bord libre du prépuce dans sa partie inférieure, par des nodules plus petits, nettement arrondis, bien limités, plus nombreux à gauche qu'à droite. Il y a, en effet, deux de ces nodules à droite, il y en a trois à quatre à gauche, si bien que de ce côté la tumeur s'étend à une distance de deux centimètres de la base du frein, tandis qu'à droite elle

n'en est distante que d'un centimètre et demi. Les divers nodules que l'on trouve sur le bord du prépuce ont des dimensions variant de celle d'une lentille à un noyau de cerise.

D'après la description et l'énumération de ces diverses tumeurs, on voit qu'elles sont disposées suivant deux lignes : l'une verticale partant du méat urinaire jusqu'à la base du frein et la partie voisine du bord préputial, l'autre transversale, au niveau de ce bord préputial dans la plus grande étendue de sa moitié inférieure. Ces tumeurs empêchent le malade de ramener le prépuce sur le gland qui reste toujours découvert.

Autant par la vue que par la palpation, on constate que les nodules qui sont groupés soit sur la ligne verticale, soit sur la ligne transversale, sont les uns isolés, nettement séparés ; les autres, surtout ceux qui forment le groupe siégeant à la base du frein et du bord inférieur du prépuce à sa partie médiane, constituent une tumeur lobulée. Par la palpation, on perçoit très facilement la forme arrondie des nodules isolés ; ceux, au contraire, qui sont agglomérés sont adhérents les uns aux autres par leurs faces latérales et ce n'est qu'au niveau de la peau que l'on peut nettement sentir les diverses nodosités. La peau est adhérente à toutes, qu'elles soient isolées ou réunies ; en les prenant entre les doigts, on constate qu'elles glissent difficilement sur les parties profondes ; elles ont dépassé les limites de la peau et du tissu cellulaire et quoique ne comprimant pas le canal de l'urèthre, elles paraissent adhérer au tissu érectile dans lequel elles s'enfoncent. En passant un cathéter, on voit bien qu'elles ne font pas de saillie dans le canal ; le jet de l'urine est d'ailleurs normal, nullement dévié.

La consistance des divers nodules est très dure, d'une dureté ligneuse, et cette dureté est uniforme, sans partie fluctuante en aucun point. Au point de vue de la coloration, ils sont d'un blanc jaunâtre pour les petits et ceux qui sont isolés, tandis qu'au niveau du frein et de la masse mamelonnée existant à la base de celui-ci, la peau est violacée, adhérente et tendue.

Il n'existe aucune douleur soit spontanée, soit provoquée par la pression, ce n'est que lorsque l'on serre un peu fortement les divers nodules réunis que le malade accuse un peu de sensibilité. D'ailleurs le malade ne se plaint d'aucune gêne, sauf au moment de l'érection, la présence des tumeurs rendant le coït difficile ; c'est pour cette raison qu'il demande à être débarrassé de ce néoplasme.

En présence des divers caractères de ces nodules, on pouvait immédiatement éliminer les calculs urinaires et le diagnostic était à faire entre les kystes sébacés et les fibromes. Les kystes sébacés anciens développés dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, aux dépens des glandes préputiales, dans lesquels la matière dure finit par former de véritables corps étrangers, ont des caractères se rapprochant des nodosités que nous avons étudiées. Mais la forme nettement arrondie, la dureté uniforme, l'absence de toute trace de fluctuation de toutes les tumeurs quelle que fût la date de

leur apparition, aussi bien pour les plus anciennes, les premières apparues il y a quatre ans, que pour les plus récentes, faisaient plutôt penser à des fibromes qu'à des kystes sébacés à contenu crétacé. Ce diagnostic éliminé, il y avait à rechercher s'il ne s'agissait pas des nodules fibreux qu'on a signalés dans le diabète, mais le malade n'est pas diabétique et une nouvelle analyse des urines avant toute intervention opératoire a été absolument négative. Restait donc le diagnostic de fibromes sous-cutanés, que l'examen histologique est venu confirmer.

L'ablation des tumeurs est faite, après chloroformisation, par M. le Dr Pantaloni le 23 novembre 1897, de la manière suivante pour avoir tout le néoplasme dans sa totalité. Une incision transversale est pratiquée sur le bord du prépuce, en suivant l'axe transversal de la tumeur ; un lambeau de peau est disséqué en bas, la verge étant relevée sur l'abdomen, puis avec la pointe du bistouri les tumeurs sont séparées des parties profondes, elles siègent et adhèrent fortement au tissu érectile qui donne un suintement sanguin abondant. En relevant peu à peu les parties libérées, on arrive à enlever en totalité toute la masse néoplasique y compris le frein et le nodule supérieur siégeant au-dessous du méat urinaire. L'hémostase faite, le lambeau inférieur est suturé à la muqueuse du gland, pansement comprimant légèrement pour appliquer le lambeau sur la surface cruentée. Guérison au dixième jour.

Examen histologique, par le Dr Pillet. — Sur les coupes on constate que la peau ne glisse pas normalement sur les nodules indurés, les papilles sont à peu près effacées à leur contact et le plan papillaire est rempli d'éléments inflammatoires. Ces éléments se retrouvent partout en traînées plus ou moins abondantes et même en petits abcès miliaires à la périphérie des nodules.

Ces nodules eux-mêmes sont constitués par des tourbillons de tissu conjonctif disposés autour de larges sinus lymphatiques. Les vaisseaux érectiles y font défaut. Le centre est très peu vascularisé. Tout autour de ces sinus sont disposés sans ordre des faisceaux grêles de fibres musculaires lisses, peu abondantes par rapport à la masse de la tumeur.

On se trouve donc en présence d'un fibrome ou d'un groupe de *fibromes sous-cutanés* d'origine probablement inflammatoire ayant amené l'hypertrophie des fibres lisses abondantes dans cette région.

Mycosis fongoïde. Anomalies de la période prémycosique.

Par MM. Du Castel et Leredde.

Le malade que nous présentons à la Société offre un type clinique de mycosis assez intéressant pour mériter l'attention. Mais il est surtout remarquable par son histoire passée ; pendant des années, les

altérations cutanées n'ont rappelé en rien ce qu'on est habitué à observer dans la période prémycosique.

Nous exposerons d'abord l'état actuel.

H..., 68 ans, concierge.

Février 1898. Les altérations de la peau peuvent être décrites de la manière suivante :

Il existe évidemment chez ce malade une altération universelle du tégument externe. Sur le tronc, par exemple, la peau est épaissie, scarifiée, les orifices sébacés sont dilatés, cependant déprimés, et on a, en particulier dans la rainure rachidienne, l'aspect de la peau d'orange. Sur la peau ainsi altérée, on constate des îlots d'hyperémie diffuse, mal dessinés ; quelques-uns, plus nets, forment des papules à peine saillantes, recouvertes de squames fines, sèches, adhérentes. Ils sont particulièrement abondants sur la région latérale du tronc et la paroi abdominale antérieure.

La congestion diffuse de la peau est extrêmement apparente au niveau des mains. Celles-ci ont une teinte violacée, une coloration asphyxique, elles sont froides au toucher ; l'état cyanique disparaît rarement, dit le malade ; les mains peuvent alors reprendre leur coloration normale. Les doigts sont tuméfiés dans leur ensemble.

Sur les membres inférieurs, à partir du genou, l'état hyperhémique est excessivement marqué. A la face antérieure du genou, aux pieds, il existe de la cyanose comme aux mains. Au niveau de la barbe, on constate un état hyperhémique, avec séborrhée sèche ; sur les joues, le front et la région médiane de la face, on ne constate aucune lésion apparente, tout au plus constate-t-on en quelques points un peu de rougeur avec desquamation superficielle, mais on est frappé par un ectropion très prononcé des paupières inférieures.

Au niveau du cuir chevelu, séborrhée sèche, extrêmement marquée, les squames sont assez adhérentes. Les cheveux résistent à la traction, du reste le système pileux est à peu près conservé, sauf au niveau des aisselles, où il ne reste presque plus de poils ; sur le pubis la chute est modérée.

Lésions figurées de la peau. — On constate sur la région antérieure du thorax, à droite, une bande rosée, mince, d'un dessin élégant, figurant un demi-cercle assez régulier de dix centimètres de diamètre. A une des extrémités ce dessin se continue avec une série de figures polycycliques échelonnées.

Cette bande rosée et les figures qui lui sont annexées sont des traînées érythémateuses, légèrement saillantes, qui offrent à leur face interne un état desquamatif très net. Dans la concavité qu'elle embrasse, on voit des taches hyperhémiques vagues à peine squameuses, semblables à celles que nous avons relevées sur le tronc.

Une bandelette érythémateuse incurvée, d'un dessin et d'une structure analogue à celle de la bandelette antérieure, mais plus fruste, se trouve à la région dorsale supérieure.

Sur les membres inférieurs, on constate des lésions d'un autre carac-

tère. Ce sont des saillies rouges, larges, squameuses à leur surface, épaisses au toucher. Sur les cuisses elles sont très limitées, sur les jambes elles tendent à se confondre les unes avec les autres. Sur la cuisse droite, au-dessus du genou, on voit une plaque tout à fait mycosique dans son aspect, recouverte de larges squames minces, à région centrale saillante, violacée, entourée d'un anneau hyperhémique.

Sur le cou du malade, on constate des lésions d'un tout autre ordre. La peau, en arrière et sur les côtés, présente une décoloration complète, une véritable achromie vitiligineuse. L'aspect du vitiligo est d'autant plus frappant qu'à la partie inférieure du cou, à son union avec les creux sus-claviculaires, on trouve une pigmentation jaunâtre qui dessine un collier presque complet, régulier, ne disparaissant qu'à la région antérieure. On peut cependant éliminer le vitiligo, car il paraît que ces lésions d'achromie et de pigmentation ont succédé à des altérations eczématiformes de la peau.

Les ongles, tant aux pieds qu'aux mains, sont altérés, fendillés, décollés, et épaissis à leur insertion antérieure.

Le malade se plaint de sueurs excessives : on trouve la peau continuellement et universellement humide. Le prurit est intense et continu.

Ganglions volumineux dans les aisselles et les aines.

Gros ganglion sus-épitrochléen droit.

Pas d'adénopathies sous-maxillaires ni cervicales.

Le foie déborde de 4 travers de doigt.

La rate n'est pas appréciable à la percussion.

Testicules normaux.

L'examen du sang a été fait.

On ne trouve que 5,500 globules blancs par millimètre cube, mais il existe un certain degré de lymphocytose (lymphocytes multi et mononucléaires), lésion vue dans le mycosis (Bensaude, Leredde).

10 mars. Depuis une quinzaine de jours on constate à la nuque une aire alopécique peladoïde, arrondie, au niveau de laquelle on voit encore quelques minces poils blancs. Il est probable que le malade a contracté la pelade.

Examen histologique. — La biopsie faite au niveau d'une tache rouge de la cuisse a été fixée par le sublimé bichromaté de Meyer.

Sur les coupes, on constate à première vue une hypertrophie simultanée des papilles et surtout des cônes interpapillaires qui végètent en profondeur. Les unes et les autres sont allongés, larges : les papilles atteignent presque la surface de la peau.

Le plan dermique superficiel, ainsi que les papilles, présente une multiplication évidente et universelle des noyaux ; on constate de nombreux amas cellulaires, peu volumineux, qui ont toujours pour centre des vaisseaux sanguins : on voit parfois ceux-ci coupés dans le sens longitudinal, entourés d'une gaine cellulaire épaisse qui les suit. Presque tous, artériels ou veineux, paraissent dilatés.

Épiderme. — La couche granuleuse a disparu ; le corps muqueux est directement recouvert par une couche cornée, dure, souvent très épaisse, qui en général est parsemée de noyaux plats on arrondis, ceux-ci sont

peut-être des lymphocytes. On constate souvent de l'œdème des cellules, surtout au centre des cônes interpapillaires, sous forme d'une dilatation prononcée des cavités périnucléaires.

Il existe à la partie supérieure du corps muqueux quelques cavités, allongées parallèlement à la surface de la peau, où l'on trouve des cellules qui paraissent être en général des cellules épithéliales mais dont quelques-unes ont le type des plasmazellen.

Des éléments à noyau très dense, et ne présentant pas de protoplasma en quantité appréciable, c'est-à-dire des lymphocytes, sont disséminés en grand nombre entre les cellules du corps muqueux.

La prolifération des cônes interpapillaires se caractérise par quelques karyokinèses.

Derme superficiel. — Par la thionine et la fuchsine orange on ne peut mettre en évidence de réticulum dans tous les amas ; en général on trouve des fibres plus ou moins épaisses, très irrégulièrement distribuées, comprises entre les cellules qui forment ceux-ci. A la base des papilles, sous les cônes interpapillaires quelquefois, on constate une dissociation extrême du tissu conjonctif sans cellules témoignant d'un œdème intense.

La prolifération des cellules fixes est très prononcée ; on peut s'en assurer dans les papilles, où on constate des traînées multiples de noyaux plats, en dehors des amas cellulaires, par exception on voit même des figures karyokinétiques, et dans les amas, qui sont formés en grande partie de cellules fixes, plus serrées, plus nombreuses, à la limite des vaisseaux sanguins compris dans ces amas.

Mais, dans ces amas et en dehors d'eux, on trouve des cellules à large protoplasma, à noyau périphérique, qui sont des plasmazellen. Il existe peu d'éléments qu'on ne puisse rattacher à une de ces formes cellulaires ; cependant on constate des mastzellen en assez grand nombre, disséminées.

A signaler encore l'épaississement constant des parois vasculaires.

Dans le *derme profond*, il n'y a à signaler que la dissociation marquée des fibres conjonctives qui sont divisées en faisceaux beaucoup moins épais qu'à l'état normal et la présence d'assez nombreuses cellules autour des vaisseaux sanguins.

Le malade est des plus intéressants et montre sous quels aspects multiples la période prémycosique du mycosis peut se présenter. C'est un de mes vieux clients pour l'affection duquel je ne savais jusqu'ici trouver une étiquette.

La première fois que je le vis (il était entré dans mes salles), cet homme était cachectisé ; le dos des mains présentait un aspect lisse, brillant, atrophique, pellagroïde ; la peau était en général sèche ; au niveau des plis articulaires, elle était érythémateuse et finement desquamative. Les paupières étaient en état d'ectropion très prononcé ; la peau de la face était tendue, lisse, brillante. Le malade racontait que son affection remontait à plusieurs mois, qu'un chirurgien avait pratiqué une opération pour corriger l'ectropion et que cette opération n'avait pu amener une amélioration même passagère.

L'état pellagroïde des mains semblait d'autant plus se rattacher à une altération profonde de la nutrition que X... se trouvait, par sa profession, vivre à l'abri de l'influence solaire puisqu'il exerce le métier de concierge. En présence de l'altération profonde de la santé générale, de la rétraction de la peau, de sa coloration érythémateuse et de sa desquamation furfuracée par places, je crus devoir porter le diagnostic de pityriasis rubra de Hebra au début et un pronostic des plus graves. Le malade resta plusieurs semaines dans le service sans que son état présentât de modification sensible et il demanda à retourner chez lui. Je fus plusieurs mois sans le revoir et je pensais, quand son souvenir me revenait à l'esprit (ce qui arrivait assez souvent, car ce malade m'avait beaucoup intrigué), je pensais que H... avait dû voir son état s'aggraver, qu'il avait peut-être même succombé aux progrès de son affection.

Un matin, je fus tout surpris de voir H... apparaître à ma consultation d'hôpital : son état général était beaucoup amélioré ; l'ectropion avait disparu ; l'état pellagroïde des mains persistait ; un certain nombre de plaques eczématiformes existaient à la surface du corps ; les plis avaient perdu leur coloration érythémateuse et leur desquamation pityriasiforme.

Dans ces dernières années, j'ai revu assez souvent H... à ma consultation externe ; je l'ai reçu plusieurs fois dans mon service d'hôpital : il était sujet à des poussées éruptives eczématiformes pendant lesquelles l'ectropion se reprodusait pour disparaître dans les périodes de rémission. Au cours de l'été dernier, je fus surpris de voir se produire à la partie supérieure du cou, du côté gauche, un demi-cercle papulo-squameux ayant beaucoup des aspects d'un cercle trichophytique : au cours de l'été, ce cercle descendit progressivement sur le cou, du cou sur la poitrine. Au mois de novembre le malade rentrait à nouveau dans mon service ; il était atteint d'une éruption eczématiforme généralisée ; l'ectropion s'était reproduit. En quelques semaines, cette éruption s'éteignit ; le cercle papulo-squameux de la partie supérieure du thorax avait disparu ; le cou présentait ce contraste net que vous voyez encore aujourd'hui entre la partie supérieure et la partie inférieure, la première paraissant blanche et recouverte d'un épiderme aminci, la seconde au contraire se montrant pigmentée à l'excès et recouverte d'un épiderme d'épaisseur normale.

Au moment de la rétrocession de l'éruption eczématiforme, on vit se dessiner un certain nombre de ces placards épaissis que M. Leredde vient de vous montrer et dont l'examen histologique a établi la nature mycosique. En même temps, des cercles papulo-squameux, qui rappellent celui qui existait l'an dernier sur la partie supérieure de la poitrine, ont commencé à se montrer sur le tronc et leur nombre

augmente chaque jour. Quant à l'ectropion et à l'état pellagroïde du dos des mains, vous voyez qu'il existe toujours.

En résumé, notre malade, avant d'arriver à un mycosis confirmé, a passé successivement par un état qui a pu faire craindre un début de pityriasis rubra, par des poussées eczématiformes, et ce n'est qu'après des années de ces états successifs qu'il se décide enfin à tourner plus nettement vers le mycosis.

Trophonévrose lichénoïde en bande linéaire sur le trajet du nerf petit sciatique.

Par MM. F. Balzer et R. Mercier.

R..., âgé de 28 ans, garçon de café, entre le 27 février 1898 à la salle Hillairet, pour un impétigo de la face et une éruption linéaire localisée au membre inférieur gauche.

Questionné sur ses antécédents héréditaires, il nous apprend que sa mère est morte à 22 ans de tuberculose et qu'elle avait des crises nerveuses. Son père, garçon de café comme lui, est vivant et bien portant, mais fait un copieux usage des boissons alcooliques. Un frère et une sœur sont vivants et bien portants.

Dans ses antécédents personnels, nous relevons une fièvre typhoïde à l'âge de 30 ans ; il n'a jamais eu d'épilepsie, de blennorrhagie, ni de syphilis. Porteur d'une hernie inguinale double, il a subi la cure radicale en 1891. Garçon de café depuis l'âge de 16 ans, il buvait régulièrement un litre et demi de vin par jour, trois absinthes et du cognac. Aussi, il y a deux ans, à l'occasion de troubles gastriques, a-t-il eu une crise de delirium tremens (fièvre, délire, tremblement). Il présentait à cette époque tous les stigmates de l'éthylisme (pituites, rêves professionnels et terrifiants, crampes dans les mollets le matin, un peu de tremblement), tous signes qui ont diminué à l'heure actuelle, car le malade a cessé l'usage des essences et diminué la quantité quotidienne de vin.

Le malade a remarqué, vers la fin de mai 1897, une rougeur en bande à la face postérieure du membre inférieur gauche. Cette rougeur, apparue sans cause apparente, avait atteint d'emblée sa longueur définitive ; elle s'accompagnait de crises de prurit. Au bout de 15 jours, elle s'était recouverte de croûtes sèches, et c'est dans cet état que le malade est reçu à l'hôpital.

Il entre pour un impétigo de la face survenu il y a trois semaines en une seule poussée.

L'examen général pratiqué à l'entrée ne révèle l'existence d'aucune tare. Le cœur est normal, le pouls bien frappé quoiqu'un peu ralenti (P. 60). L'auscultation du poumon est négative. Le malade a quelques légers troubles gastriques, ne présente aucun trouble de l'intelligence, de la motilité ou de la sensibilité.

N'ayant ni sucre, ni albumine, il a des urines un peu diminuées en quantité (1 litre par 24 heures), et viciées en qualité, puisqu'elles ne contiennent que 14 gr. 5 d'urée par litre.

Les réflexes ne sont pas indemnes, car les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés. Le malade présente en outre quelques troubles de la station : il ne peut se tenir les yeux fermés à cloche-pied. Il présente à la surface du corps une dizaine de petits nævi pigmentaires ou verruqueux.

L'impétigo de la face a disparu rapidement par l'application de compresses antiseptiques ; les bains et l'administration de la solution arsenicale ont complété le traitement.

La lésion de la jambe gauche ne s'est pas modifiée depuis son entrée. Ne dépassant pas en haut le pli fessier, elle est unilatérale, siège à la face postérieure du membre inférieur gauche pour s'arrêter à la partie inférieure du mollet. Localisée sur une bande large d'environ un centimètre, elle n'est pas rigoureusement rectiligne ; partie, en effet, du tiers interne du pli fessier, elle se dirige obliquement en bas et en dedans pendant 10 centimètres environ, puis se coude à angle obtus pour gagner le creux poplité. Elle se prolonge ensuite sur la ligne médiane du mollet jusqu'au niveau de son tiers inférieur. La lésion est ininterrompue à ses deux extrémités, elle est essentiellement formée de squames épidermiques sèches, dures, un peu saillantes, reposant sur la peau rouge, un peu épaissie, et un peu indurée. Une zone érythémateuse les déborde sur une étendue de quelques millimètres. Cette éruption est le siège de démangeaisons intermittentes, surtout le soir.

Un peu au-dessous du creux poplité, les éléments primitifs de la lésion ne sont pas agminés ; disposés sans ordre sur une largeur de trois centimètres, ils affectent la forme de papules rouges aplaties, irrégulièrement arrondies, de volume inégal et partiellement recouvertes d'épiderme squameux, très adhérent. Il est manifeste que la lésion élémentaire est très superficielle, occupant le derme au voisinage de l'épiderme.

Toute l'éruption est nettement localisée sur un territoire cutané innervé par le nerf petit sciatique (branche collatérale du plexus sacré). Elle affecte même sensiblement le trajet du tronc du nerf pour finir avec ses filets terminaux. Les filets cutanés fémoraux et jambiers de ce nerf paraissent avoir localisé la lésion, mais il est impossible de trouver en ces points la moindre altération de la sensibilité dans toutes ses formes.

Le moulage a été fait par M. Baretta.

Parmi les affections rubanées on pouvait éliminer à priori le nævus, l'affection actuelle ne datant que de quelques mois. L'éruption présente bien, d'autre part, un aspect psoriasiforme dans sa partie supérieure, mais bien que la lésion soit assez superficielle, elle est cependant un peu plus profonde que celle du psoriasis ; de plus, la squame est beaucoup plus adhérente que celle du psoriasis ; en réalité, chez notre malade la desquamation est nulle.

Ce qui frappe à première vue, c'est la netteté avec laquelle l'érup-

tion est limitée au territoire du nerf petit sciatique, dont nous avons contrôlé la distribution notamment dans le *Traité d'Anatomie* de M. Testut. Non seulement elle est localisée dans son territoire, mais elle est manifestement disposée suivant son trajet. Cette localisation si étroite nous semble devoir faire affirmer le diagnostic de trophonévrose. A vrai dire, les souffrances n'ont jamais été vives sur le trajet suivi par l'éruption; le malade a souffert de démangeaisons surtout au début; aujourd'hui il en éprouve encore, mais beaucoup moins et presque exclusivement à la jambe.

Il serait plus difficile de caractériser cliniquement la variété de lésion cutanée dont il s'agit. Doit-elle entrer dans le lichen plan? On sait qu'il existe dans cette dernière variété des formes avec squames serrées, très adhérentes, et comparables à celles que nous observons chez notre malade. Dans ces derniers temps, les auteurs ont plusieurs fois appelé l'attention sur des cas de lichen plan en bandes que l'on peut comparer à celui que nous observons. Aussi sommes-nous loin de repousser systématiquement le diagnostic de lichen plan et nous reconnaissons les bonnes raisons qu'on aurait de le soutenir.

Toutefois nous hésitons, à cause des arguments suivants : 1° les éléments isolés, situés dans le creux poplité, diffèrent de ceux du lichen plan et l'épiderme ne présente pas nettement l'apparence quadrillée qui est si fréquente en pareil cas; 2° la faible tendance à la pigmentation malgré l'ancienneté relative de l'éruption; 3° l'absence d'éléments de lichen plan en d'autres points de la peau ou des muqueuses; 4° échec de la médication arsenicale. Bien que ces arguments n'aient pas une valeur absolue, nous croyons pouvoir les invoquer pour permettre le diagnostic de *Trophonévrose lichénoïde en bande linéaire sur le trajet du petit sciatique.*

M. Fournier. — J'ai observé un fait semblable chez un jeune homme; l'éruption partant du sternum, se prolongeait en avant de l'aisselle, au bras, à l'avant-bras, jusque sur un doigt. M. Besnier, qui vit ce malade, fit le diagnostic lichen linéaire. Depuis cette époque, l'éruption est devenue noire comme de l'encre. Ces cas ne sont pas extrêmement rares.

M. Jullien. — J'ai également observé une éruption analogue chez une jeune femme.

M. Besnier. — Je ferai remarquer que ce jeune homme présente sur différents points du corps des *nævi* variés démontrant qu'il est, par naissance, dans une condition particulière dont on doit faire le rappel si l'on veut interpréter correctement la nature des lésions systématisées dont il est atteint.

Il importe, en outre, de préciser que toutes les lésions de l'ordre des

nœvi ne sont pas nécessairement constatables, ou constatées, au moment de la naissance ; elles peuvent être, en raison de leur peu de développement primordial, latentes et ignorées. Rien n'est aussi aisé, chez des sujets atteints de *nœvi* manifestes dès la première enfance, que de voir apparaître et évoluer des *nœvi* d'abord imperceptibles ou inaperçus. Et rien n'est moins rare que de rencontrer des lésions que leurs caractères cliniques et anatomiques démontrent être des *nœvi* — vasculaires ou autres — alors même que les sujets, ou leurs parents, n'en ont relevé l'existence que plus ou moins longtemps après la naissance.

M. Hallopeau. — A l'appui de ce que vient de dire M. Besnier, je rappelle que j'ai présenté autrefois à la Société un nævus zoniforme développé tardivement.

M. L. Brocq. — L'hypothèse que vient d'émettre notre excellent maître M. le Dr E. Besnier me paraît fort soutenable. En l'étendant et la modifiant un peu, je dirais qu'il est possible qu'il existe chez certains sujets des modifications congénitales de la peau telles que certaines régions zoniformes des téguments soient en état de plus grande vulnérabilité d'une manière constante peut-être même d'une manière transitoire, et que ce soit dès lors sur ce territoire que se développent de préférence certaines éruptions, celles auxquelles le malade en question est prédisposé ou exposé.

Ainsi formulée, cette hypothèse semble confirmée par l'analyse des quelques faits analogues à celui de M. le Dr Balzer que j'ai personnellement observés.

Je les diviserais en deux catégories. L'une dans laquelle il s'agit d'éruptions nettement définies au point de vue lésion élémentaire, l'autre dans laquelle le type éruptif ne paraît pas être pur.

Comme exemple de la première catégorie, je signalerai à la société un cas de psoriasis absolument typique composé de tout petits éléments éruptifs disposés linéairement depuis l'épaule droite jusqu'à la main chez un homme que j'ai longuement observé en 1887 alors que je faisais des remplacements à l'hôpital St-Louis. Il ne s'agissait pas chez lui de plaques nummulaires psoriasiques d'une certaine grandeur disposées en bandes de quelques centimètres de large comme dans le fait si remarquable que vous a présenté M. le Dr Thibierge, mais d'une fine bande véritablement linéaire de un centimètre environ de largeur moyenne, comparable en un mot comme dimensions à celle que vous avez devant les yeux. Il s'agissait cependant bien là d'un psoriasis pur au point de vue lésion élémentaire c'est le seul cas zoniforme linéaire de cette dermatose que j'aie jamais observé.

Mais j'ai vu par contre plusieurs cas de lichen ruber planus disposé en bandes linéaires zoniformes. Le plus remarquable sans contredit est celui que je viens d'étudier tout récemment chez une jeune fille de 22 ans qui était atteinte depuis six semaines d'une éruption de lichen ruber planus typique caractérisée par des papules brillantes aplaties à facettes de l'épaule et du bras droit.

L'éruption partait en arrière exactement de l'épine dorsale au niveau du tiers supérieur de l'omoplate, suivant plusieurs traînées finement linéaires presque parallèles quoiqu'un peu irrégulières; de là elles gagnaient la face postérieure de l'épaule, descendaient le long de la face externe du bras, puis de la face antéro-externe de l'avant-bras pour s'arrêter vers le poignet. Vers le sternum en avant, on retrouvait à droite de la ligne médiane plusieurs petites traînées horizontales parallèles de papules de lichen ruber planus. La malade ne présentait aucun élément éruptif à gauche.

J'ai également observé des névrodermites chroniques circonscrites pures, caractérisées objectivement par de la lichénification pure, disposées linéairement et offrant un aspect nettement zoniforme. J'ai tout dernièrement étudié une éruption franchement eczémateuse qui avait la même disposition; je laisse, bien entendu, de côté les faits déjà connus d'eczéma développé sur le territoire d'un nerf.

A côté de ces cas dans lesquels l'éruption est nettement caractérisée au point de vue objectif, il en est d'autres dans lesquels il est plus difficile de l'étiqueter d'une manière précise par la simple analyse des lésions. Ce sont ou des éruptions vraiment ambiguës, ou des éruptions mixtes : c'est ainsi que j'ai vu un lichen ruber planus zoniforme lichénifié et eczématisé par places ; pour le reconnaître il fallait minutieusement étudier les lésions, et en certains points on retrouvait les papules caractéristiques à l'état pur avant qu'elles ne fussent déformées par le grattage ou par l'eczéma surajouté.

Je crois que le malade de M. le Dr Balzer rentre dans cette catégorie. Comme l'a fort bien dit notre excellent collègue, on ne peut ici soutenir ni le diagnostic de simple nævus, ni celui de psoriasis. Je ne crois pas non plus qu'on puisse s'arrêter à celui de névrodermite, au moins si on attache à ce mot que j'ai créé avec mon ami Jacquet le même sens que moi : en effet, dans notre névrodermite c'est le prurit qui domine, et les lésions objectives sont celles de la lichénification pure, ce qui n'est pas le cas ici. Il est vrai qu'il est possible d'élargir le sens de ce mot.

C'est surtout dans le groupe du lichen ruber corné que je chercherais à ranger le fait qui nous est soumis. Il me semble qu'on y retrouve certains des caractères de cette affection, çà et là modifiés par une fort légère lichénification. Mais je reconnais que ce diagnostic ne s'impose pas avec une telle évidence qu'on ne puisse le discuter.

Lupus érythémato-tuberculeux; tuberculose ganglionnaire et pulmonaire.

Par M. E. Leredde.

La doctrine de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux due à M. Besnier est maintenant admise par de nombreux dermatolo-

gistes ; mais il y a encore intérêt à apporter des exemples qui la confirment.

Chez la malade que nous présentons à la Société, le développement d'une tuberculose ganglionnaire et pulmonaire a précédé le développement de lésions qui, cliniquement, sont celles du lupus érythémateux.

Mlle P..., domestique, 23 ans.

Rien à noter dans les antécédents.

Début des lésions cutanées il y a 6 mois. A ce moment, la plaque principale se développe au-dessus de la tête du sourcil gauche.

Depuis 2 mois une deuxième plaque s'est développée au-dessus de la queue du sourcil gauche.

Les lésions sont ovalaires, la plus grande a la dimension d'une pièce de un franc, la plus petite d'une pièce de cinquante centimes.

La teinte des plaques est violacée. Leur surface est squameuse ; les squames sont fines, sans les épaississements cornés qu'on trouve dans le lupus érythémateux type, mais très adhérentes. Au doigt on constate la sécheresse ; au palper il existe une infiltration dure, peu épaisse. Pas de télangiectasies. La plaque la plus petite est légèrement déprimée au-dessous de la surface de la peau. Les lésions de la plaque la plus ancienne sont plus marquées à la périphérie qu'au centre.

Il faut noter sous la plaque la plus ancienne la présence d'une légère exostose ; la malade a reçu dans son enfance un coup de pierre qui a amené cette lésion osseuse, et une cicatrice, maintenant dissimulée dans la lésion lupique.

La malade a toujours eu une bonne santé jusqu'en 1896. Mais depuis, elle tousse, elle a maigri, elle a des sueurs le soir ; elle a craché du sang il y a un an et expectore chaque jour des crachats muco-purulents. Polyadénopathie cervicale depuis 1896. Très grosses masses ganglionnaires dans les aisselles.

Jamais de pleurésie, mais points de côté fréquents. On trouve à l'auscultation une expiration soufflante sous la clavicule droite.

Résumé de l'examen histologique. — Hyperkératose très prononcée, avec parakératose. Des cônes cornés pénètrent de place en place dans le corps muqueux.

Hypertrophie très irrégulière de celui-ci, considérable en certains points.

Dans le derme, prolifération excessive des cellules fixes, quelques-unes en karyokinèse. Elles tendent à se grouper en amas où elles se disposent presque concentriquement. Ceux-ci contiennent en général une cellule géante grande ou petite, des cellules du type épithélioïde. Parmi les cellules de la périphérie, quelques rares plasmazellen et quelques mastzellen.

Dilatation des vaisseaux sanguins. Quelques foyers hémorrhagiques.

Il a été impossible de colorer des bacilles tuberculeux dans les coupes.

Les lésions macroscopiques de l'affection que nous venons de présenter sont, à quelques caractères près, celles du lupus érythémateux ;

en tout cas, elles n'offrent aucun rapport avec celles du lupus vulgaire. Au microscope, au contraire, on trouve, à côté de quelques lésions qui appartiennent au lupus érythémateux (cônes cornés, hyperkératose, hémorrhagies, vaisseaux dilatés) des cellules géantes et même des follicules tuberculeux comme dans le lupus vulgaire.

Ce cas est donc cliniquement un fait de lupus érythémateux, histologiquement un fait de lupus mixte érythémato-tuberculeux.

Leucoplasie syphilitique secondaire.

Par M. Danlos.

Jeune femme de 20 ans, en pleine évolution de syphilis secondaire. Le chancre date probablement de la fin d'octobre. La syphilis a été constatée fortuitement à la fin de novembre à l'occasion d'une bartholinite. La malade s'est présentée une première fois à l'hôpital le 21 décembre avec des plaques muqueuses et une roséole, et en est sortie le 20 janvier. Le 28 février elle est rentrée pour une récidive de roséole. On notait de plus un début de syphilide pigmentaire, et dans la cavité buccale, outre des plaques muqueuses (lèvre supérieure, amygdales), une éruption constatée depuis une dizaine de jours, absolument indolore et que la malade avait remarquée par hasard en se regardant dans une glace.

Cette éruption disséminée sur les deux faces et les bords de la langue ainsi que sur la face interne des joues, respectait absolument le palais, les gencives et la face postérieure des lèvres. Elle se caractérisait par de nombreuses petites taches arrondies, stellaires ou de dimensions variables depuis la grosseur d'un point jusqu'à celle d'une tête d'épingle moyenne, disséminées ou groupées ; de coloration blanc-gris opaque, sans trace de rougeur périphérique, sans saillie bien appréciable du moins pour la plupart. Leur surface finement grenue était au toucher plus rude que le reste de la muqueuse. Deux ou trois sur la joue droite étaient légèrement déprimées avec un point de desquamation centrale. Sur la plupart aucun indice d'exfoliation. Rien de semblable sur la muqueuse vulvaire.

Si cette malade avait présenté sur le corps la moindre apparence de lichen, on n'aurait pas hésité à voir dans cette lésion un type de lichen buccal. Mais en l'absence de tout indice de lichen cutané, considérant que cette femme est en pleine floraison de syphilis secondaire, cette hypothèse n'est guère soutenable et l'on est conduit à admettre comme beaucoup plus rationnel le diagnostic de leucoplasie syphilitique secondaire. C'est là un état sinon absolument inconnu, du moins peu étudié, si l'on en juge par le silence des auteurs dans lesquels j'ai fait sur ce point d'inutiles recherches. Je ne puis donc

dire quelle sera l'évolution de cette lésion buccale; il est probable toutefois qu'elle aura le caractère résolutif des manifestations secondaires. Doit-elle faire présager le développement ultérieur d'une leucoplasie tertiaire? Il est impossible de répondre à cette question. A noter que l'alcool et le tabac ne peuvent être mis en cause.

M. Fournier. — J'ai cru pendant longtemps que de semblables lésions n'étaient pas syphilitiques. Depuis quelques années j'ai été forcé de reconnaître qu'il existe réellement des syphilides secondaires leucoplasiformes, qu'on peut observer sur la langue et la face interne des joues. Ces plaques leucoplasiformes sont infiniment plus rares dans la période secondaire de la syphilis que dans la période tertiaire où elles sont bien connues en coïncidence avec les glossites scléreuses corticales ou profondes.

M. Renault. — La multiplicité des lésions est ici le fait remarquable. Car j'ai observé souvent des lésions analogues, mais sous forme d'îlots très discrets, sur les bords de la langue chez des femmes syphilitiques ne fumant pas. Le traitement n'a guère d'action sur ces plaques leucoplasiformes.

M. Hallopeau. — On ne peut éliminer complètement l'hypothèse d'un lichen plan; j'ai publié en effet plusieurs observations dans lesquelles cette maladie, d'abord limitée à la bouche, n'a que plus tard envahi les téguments.

M. Fournier. — Dans les cas auxquels je fais allusion, j'ai cherché à dépister le lichen plan avec d'autant plus de soin que je ne croyais pas d'abord à la nature syphilitique des lésions; j'ai observé les malades pendant plusieurs années sans rien constater sur la peau.

M. Wickham. — On remarquera que les éléments lichénoïdes développés sur la muqueuse génienne du côté droit présentent une figuration très particulière tout à fait analogue à celle que produit le lichen plan, analogue à celle qui permettait de porter le diagnostic de lichen plan buccal alors même qu'il n'existait aucune éruption à la peau.

Si donc, les éléments buccaux que présentent ce malade sont en réalité dus à la syphilis, si, en un mot, il s'agit là d'une éruption syphilitique, on peut en conclure que la similitude objective avec le lichen plan buccal est telle que désormais le diagnostic objectif de lichen plan buccal à titre de manifestation isolée et unique de lichen plan, ainsi que plusieurs exemples en ont été publiés ces derniers temps, sera difficile à affirmer. Il est donc fort important que la Société soit fixée à ce sujet et connaisse l'évolution ultérieure de cette éruption.

M. Fournier. — Il existe certainement, à la période secondaire de la syphilis, des états leucoplasiformes qui ne dépendent pas du tabac et qui ne relèvent que de la syphilis. Nous pensons tous que cette lésion ne dégénérera pas en épithélioma, tandis que les plaques leucoplasiques des fumeurs subissent ordinairement cette transformation.

M. Renault. — M. Fournier pourrait-il nous dire combien de temps il faut pour guérir une semblable lésion et quel traitement il convient de lui appliquer.

M. Fournier. — Ce qui réussit le moins mal dans ces cas, comme ce sont des cautérisations superficielles au nitrate acide de mercure, je n'hésite pas, comme traitement général, à conseiller les injections de calomel, de préférence à tout autre mode d'administration du mercure.

M. Barthélemy.—La forme de leucoplasie que nous présente M. Danlos est d'origine directement syphilitique; de plus, elle relève nettement de la période secondaire. Ce sont des taches blanches, saillantes, papuleuses, lenticulaires, isolées les unes des autres, bien différentes de l'infiltration argentée, brillante, à mailles fines, faites comme de soie qui constituent habituellement le réticulum leucoplasique, bien différentes aussi des plaques lisses de la glossite blanche, scléreuse, superficielle. Il s'agit dans cette seconde forme si tenace, d'une véritable dégénérescence atrophique de la muqueuse, tandis que dans la variété qui est mise sous nos yeux, il y a une sorte d'éruption papuleuse de la bouche qui est en rapport avec une éruption similaire des téguments et qui a la même valeur et le même pronostic qu'elle. Autant la forme lointaine est résistante au traitement, autant cette forme précoce me semble devoir complètement disparaître par le traitement spécifique d'ici à quelques mois, sans même qu'il soit certain que cette malade sera plus prédisposée que toute autre à la véritable leucoplasie tardive, celle-là réfractaire aux spécifiques et aux topiques habituels. Cette éruption papuloïde buccale est remarquable par la coloration blanche de l'épithélium de la muqueuse dans les points altérés. Cet aspect blanc est commun à diverses inflammations buccales; son processus est encore mal connu; chez certains sujets, les papules de la bouche sont blanches comme elles sont pigmentées sur la peau; dans trois cas que j'ai vus, dont un très marqué chez une négresse, la guérison totale a été facilement obtenue sans récidive par le traitement spécifique.

Érythème pernio iris ulcéré des pieds, familial et héréditaire.

Par MM. L. Jacquet et Regnard.

Les trois enfants que nous vous présentons sont atteints d'engelures ulcérées des pieds. Ces engelures *familiales* sont aussi *héréditaires :* la mère en a eu aux talons, le père en a aux oreilles. Elles appartiennent à cette variété indiquée par M. E. Besnier, qui a comme substratum un érythème circiné, marginé et *irisé*, dont vous pouvez voir le reliquat, et qui a été ici des plus francs.

Enfin elles coexistent avec une série de malformations telles que

la crête de Chassaignac, l'ichtyose, l'atrésie du système artériel, etc., etc.

Le *repos au lit* a suffi pour améliorer très notablement ces enfants en quelques jours ; nous y avons joint des bains de pied simples, la séparation des orteils ulcérés, le poudrage avec un mélange d'oxyde blanc de zinc et de talc de Venise.

Placards tuberculo-croûteux développés aux membres chez un malade atteint d'arthropathies multiples (polyarthrite déformante).

Par M. H. Forestier.

M. G..., 50 ans, marié, six enfants.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Le sujet a été bien portant jusqu'en 1886, époque à laquelle il eut une arthrite du genou droit, très améliorée par une cure de douches-massages à Aix-les-Bains.

Les années suivantes, quelques poussées de douleurs articulaires.

C'est en septembre 1895 qu'a débuté la maladie actuelle. Des phénomènes d'arthrite apparaissent au genou droit, qui avait été antérieurement affecté. Salicylate, pointes de feu, vésicatoires.

Au commencement de 1897 (janvier) les phénomènes articulaires tendent à se généraliser : cou-de-pied et pied gauche. Le malade ne peut plus marcher. On place un appareil silicaté au membre inférieur droit pour immobiliser le genou, appareil qui a été gardé 4 mois.

En février, douleurs au pied et au genou gauche qui enfle, aux épaules. Une application de coton iodé est faite, et *c'est alors que se produit une éruption à la jambe gauche :* petits boutons, dit le malade, qui se multipliant et s'élargissant forment bientôt des placards croûteux. Rien aux épaules.

Vers le 1er mai *on enlève l'appareil silicaté et on trouve à la jambe droite la même éruption qu'à gauche.* — Application de vaseline boriquée.

En juin-juillet, bains de vapeurs résineuses. Mais les articulations continuent à se prendre les unes après autres : épaules, cou, poignets, coudes.

Les mains sont très tuméfiées, empâtées, les doigts boudinés. Du coton iodé, puis un cataplasme laudanisé y sont appliqués. *Le lendemain apparaît une éruption* de petits boutons, dit le sujet, qui en quelques jours ont formé des îlots croûteux.

Le malade est envoyé à l'hôpital d'Aix-les-Bains.

État du malade, à l'arrivée, 1er août 1897. Il est impotent des quatre membres. La douleur et les raideurs rendent les mouvements difficiles. Les membres sont émaciés.

Toutes les articulations des membres sont plus ou moins atteintes, douloureuses, très raides (avec tendance à l'ankylose), présentant de la tuméfaction et de l'empâtement très accusés aux pieds, aux mains (doigts boudinés).

Les placards tuberculo-croûteux existent au dos des mains et des poignets, et à la face antérieure des jambes et des cous-de-pied.

Quelques éléments éruptifs aberrants, disséminés dans le voisinage des grands placards formés par leur agglomération, représentent le stade initial de l'éruption. Ils sont constitués par de petites papules recouvertes d'une lamelle cornée, que soulève facilement la pointe d'une épingle.

La conglomération de ces divers éléments, qui en vieillissant se sont recouverts d'une croûtelle de plus en plus épaisse, forme de vastes placards tuberculo-croûteux ravinés, anfractueux, sillonnés de minces fissures. Les photographies et l'aquarelle que je présente donnent bien la physionomie de la chose.

La croûte épaisse, qui recouvre les éléments, est de couleur brun verdâtre foncé et rappelle un peu l'apparence de l'écaille d'huître. En réalité, cette épaisse croûte est formée par la juxtaposition des croûtelles, qui sont les éléments fondamentaux de l'éruption. Elle se laisse assez facilement détacher, présente un certain degré de consistance à l'écrasement, et, enlevée, laisse à nu un derme rouge, infiltré, congestionné, mais sans ulcération. Ces larges placards entourés d'îlots plus petits et d'éléments primitifs aberrants, séparés par des intervalles de peau saine, constituent le caractère typique de l'éruption, notamment a univeau des cous-de-pied où ils forment une sorte de manchon, à la face antérieure des jambes, à la face dorsale des mains. Aux deux malléoles, à droite, existe un placard circulaire, large comme un écu, qui correspond aux points de pression de l'appareil silicaté.

Au cuir chevelu et au front existent des îlots discrets, avec croûte moins épaisse, mais de couleur plus foncée.

Ongles : couleur jaunâtre, pas de striation. Sensibilité cutanée normale.

Dents : en bon état.

Le caractère des arthropathies faisant penser de suite à une origine blennorrhagique possible, j'ai, avec M. le professeur Fournier et M. le Dr Emery, son chef de clinique (alors en séjour à Aix) fait l'examen de l'urèthre à plusieurs reprises. Aucune sécrétion suspecte n'a été reconnue. J'ai de même examiné l'urine plusieurs fois et n'ai trouvé ni filaments, ni leucocytes dans le dépôt.

L'examen des antécédents et un interrogatoire portant sur les antécédents uréthraux du malade ont eu un résultat négatif. Sans qu'on ait lieu de suspecter plus particulièrement la sincérité du malade, il faut admettre ici la possibilité de renseignements volontairement ou involontairement erronés.

Les caractères objectifs de cette singulière éruption ne nous permettant pas (et ici j'exprime l'opinion de M. le professeur Fournier et du Dr Emery qui ont vu plusieurs fois le malade) de la cataloguer et de la placer dans le cadre d'affections dermatologiques bien déterminées, nous devons retenir ici certains commémoratifs qui sont de nature à nous guider dans l'hypothèse d'une dermite traumatique d'origine externe.

Les applications locales de coton iodé, laudanum, vaseline boriquée nous paraissent, au moins dans une certaine mesure, devoir être incriminées, et expliquer la localisation de l'éruption au cou-de pied gauche et aux mains.

Pareillement il faut admettre que l'éruption de la jambe droite a été provoquée par le port du bandage silicaté pendant 4 mois. L'action irritante de ce bandage sur la peau paraît d'autant plus vraisemblable que les points où il pressait particulièrement les malléoles ont présenté des placards tuberculo-croûteux typiques nettement circonscrits.

Il faut donc, dans la pathogénie de cette affection cutanée, faire la part des causes externes.

Mais il y a un autre élément causal au moins aussi important à considérer : c'est l'état général même du sujet.

L'état d'inflammation chronique des articulations a-t-il constitué par lui-même un terrain favorable à l'éclosion d'une dermite irritative *in situ?* Il est permis de le supposer.

Le cas de mon malade serait alors à rapprocher des cas qui ont été rapportés par MM. Jeanselme et Jacquet, où l'infection blennorrhagique a été reconnue comme seul facteur étiologique de l'affection cutanée.

Ici, je ne crois pas qu'il s'agisse d'arthropathies blennorrhagiques. J'en ai donné les raisons tout en émettant certaines réserves. Mon opinion est qu'on est en présence d'un de ces cas nombreux d'arthropathies d'origine très probablement infectieuse, classés sous le nom de *polyarthrite déformante* (auteurs français) ou *arthrite rhumatoïde* (auteurs anglais). Cet état général a été le terrain sur lequel la dermite irritative s'est développée.

M. FOURNIER. — J'ai vu ce malade à Aix ; il présentait une éruption de nature indéterminée et telle qu'on avait songé un moment à la syphilis. Je pense que c'était une éruption médicamenteuse chez un sujet arthritique.

M. JACQUET. — M. Forestier a-t-il fait une enquête très minutieuse au sujet de la blennorrhagie ? Les arthropathies sont analogues ici au rhumatisme blennorrhagique, et l'éruption ressemble à celles que Vidal, Jeanselme, Chauffard et moi avons signalées dans la blennorrhagie. Dans tous ces cas il y avait un lien incontestable entre ces trois phénomènes : blennorrhagie, rhumatisme, éruption.

M. BESNIER. — Il est certain qu'on ne peut éliminer complètement la blennorrhagie dans ces cas qu'après une enquête très approfondie.

M. EMERY. — J'ai examiné l'urèthre de ce malade et l'ai trouvé sain.

M. FOURNIER. — Je crois bien avoir aussi examiné son urèthre sans y trouver rien d'anormal.

Éléphantiasis de la verge.

Par M. Du Castel.

Henri B..., garçon marchand de vins, âgé de 21 ans, est entré, le 2 février 1898, salle Cazenave où il est couché au lit n° 28.

La mère est bien portante.

Son père est mort après avoir toussé plus de trois ans.

Impétigo dans le jeune âge.

Le malade a été réformé pour éléphantiasis de la verge.

Jusqu'à l'âge de 18 ans, rien d'anormal à la verge, sauf un léger degré de phimosis permettant cependant de découvrir le gland.

A 18 ans, quatre jours après un coït, un phimosis inflammatoire se forme avec gonflement très accentué du prépuce. Il est absolument impossible de découvrir le gland. Légère douleur à la miction, pas d'écoulement purulent, ni sanguin ; pas d'écorchure apparente ; pas d'adénite.

Peu à peu la verge grossit, la peau s'épaissit et se ride ; trois mois seulement après le début B... va trouver un médecin qui prescrit de l'huile de foie de morue. La verge continue à grossir pendant trois mois encore et depuis cette époque reste stationnaire.

Actuellement le malade se présente avec un éléphantiasis de la verge. Le membre dans son ensemble est augmenté de volume, environ 16 centimètres de long sur la face dorsale, 15 centimètres de circonférence au point le plus volumineux, partie moyenne.

La couleur est presque normale, un peu violacée, aspect ridé. On remarque à la racine, au niveau des poils, de nombreuses saillies verruqueuses. La forme du membre n'est pas altérée sauf dans la partie antérieure. A deux centimètres environ de l'extrémité libre, sur la face dorsale, le prépuce est comme étranglé et la partie située en avant forme une espèce de moignon relevé en avant de façon à porter l'ouverture en haut.

La peau est épaissie, molle, souple. Au palper on sent que le gland n'arrive guère qu'à la partie moyenne, il semble un peu atrophié.

Il est impossible de découvrir le gland qui est arrêté au niveau de la portion rétrécie du prépuce.

Le scrotum est très légèrement éléphantiasique à la partie antéro-supérieure.

Pas de ganglions inguinaux.

Pas de douleur.

Pas de troubles fonctionnels. Miction facile non douloureuse, le jet est en partie conservé. Les érections sont fréquentes, et le pouvoir génital paraît conservé (observation recueillie par M. de Font-Réaulx, externe du service).

Si je vous présente ce malade, ce n'est pas tant pour vous montrer sa lésion, qui n'est qu'une lésion banale, que pour vous demander quelques conseils sur le traitement qu'il y a lieu de lui faire suivre. Ce jeune homme vient ici, demandant qu'on lui pratique la décortica-

tion. J'avoue que j'hésite avant de céder à sa demande, avant de lui accorder une opération qui aura pour résultat d'englober les corps caverneux dans un tissu cicatriciel et rétractile à une époque de la vie où ceux-ci ont besoin au contraire d'une enveloppe qui laisse toute liberté à leur distension et à leurs changements de volume. Aussi je suis d'avis, avant de recourir à la décortication, d'essayer des procédés de guérison moins radicaux et en particulier l'électrolyse. Je serais heureux si mes collègues pouvaient me donner quelques avis que je pourrais utiliser dans la voie que je désire suivre.

Éléphantiasis des organes génitaux externes.

Par MM. Emery et Glantenay.

M. X..., âgé de 45 ans, entré salle St-Louis le 15 janvier.

Rien de remarquable à noter comme antécédents héréditaires chez le sujet. Les ascendants sont morts d'affections de poitrine diverses.

Ce malade a toujours été dès sa jeunesse d'une constitution vigoureuse ; il a contracté toutefois, de 17 à 20 ans, des blennorrhagies récidivantes et à l'âge de 25 ans a pris la syphilis. A ce moment il aurait présenté un chancre à la verge, suivi de roséole. Dès lors le tableau clinique de la syphilis paraît complété par une alopécie en clairière et de violentes céphalées. A ce moment, il reprit 2 à 3 grammes d'iodure de potassium par jour, mais ce traitement n'excéda pas une durée de trois semaines. Jusqu'en 1889, le malade jouit d'une immunité parfaite. Alors apparaissent sur la cuisse droite, au mollet droit et sur la face externe de la cuisse gauche des lésions syphilitiques tuberculeuses en bouquet dont la trace est encore manifeste. De 1889 à 1898 on note des réapparitions incessantes d'éléments éruptifs semblables en différents points du corps. Pendant toute cette période, le malade ne prit d'autres soins que de protéger ces éléments éruptifs par une bande de toile. Les cicatrices de ces éléments sont en partie effacées pour les plus anciennes, les plus récentes datant d'un mois ont gardé tous leurs caractères de syphilides tuberculo-croûteuses agminées ; le groupe le plus évident siège à la face externe de la cuisse gauche, tout contre la naissance du scrotum.

En 1894 le malade fut frappé d'une nouvelle affection, tout d'un coup et sans cause apparente, la verge étant parfaitement saine et ne portant pas trace de la plus légère érosion, le prépuce fut envahi par un œdème volumineux à caractères inflammatoires, tel qu'après une quinzaine de jours, l'organe, au dire du malade, était distendu, gonflé comme une vessie pleine.

Peu à peu cette infiltration aiguë changea de caractère et fit place à un épaississement scléreux des tissus. Depuis cette époque, à part quelques rémissions survenues notamment pendant l'été, rémissions s'accusant par une diminution de consistance et de volume du prépuce, l'état des parties

malades est resté stationnaire. Deux ans après seulement le scrotum participait à la même inflammation et subissait une évolution identique.

Actuellement la verge est très hypertrophiée (deux à trois fois son volume normal), présente deux courbures successives qui lui donnent un aspect sigmoïde. Le gland, difficile à découvrir, est absolument normal, le prépuce présente sur la face dorsale et près de son bord libre une bride fibreuse très épaisse qui limite en avant un pertuis consécutif à une lésion sphacélique apparue il y a cinq semaines ; dans le reste de son étendue, la peau épaissie, indurée, tuméfiée, présente l'aspect typique d'une peau atteinte de l'infiltration éléphantiasique. Même aspect du scrotum et notamment au niveau de la partie moyenne et inférieure. Les glandes spermatiques paraissent saines autant qu'on peut s'en rendre compte par la palpation à travers les enveloppes épaissies. Aucune traînée de lymphangite de voisinage ; tous ces phénomènes ont une évolution torpide sans douleur et sans réaction inflammatoire.

Intégrité parfaite de l'appareil ganglionnaire de l'aine et de la fosse iliaque.

L'absence de toute lésion locale originelle paraît devoir faire écarter le diagnostic d'éléphantiasis symptomatique. D'autre part, l'histoire du malade et la constatation des lésions syphilitiques actuelles nous donnent à penser, conformément à l'avis de M. le professeur Fournier, qu'il s'agit ici d'un syphilome hypertrophique diffus à forme éléphantiasique, comparable à certains syphilomes de la lèvre supérieure qui, à l'instar de cette lésion, obéissent mal aux injonctions du traitement spécifique et sont dans certains cas absolument spontanés d'origine.

M. Brocq. — J'ai fait voir à M. Besnier un malade du même genre, atteint d'éléphantiasis du scrotum et de la verge, s'étendant sur la région anale. M. Bisserié lui a fait subir des séances d'électrolyse et d'électricité statique qui ont arrêté la marche de la maladie ; toutes les parties tuméfiées ont diminué de volume, mais l'éléphantiasis de la verge est resté à peu près stationnaire.

M. Fournier. — Je n'ai pas d'opinion certaine sur le malade de MM. Emery et Glantenay, mais ma conviction est qu'il s'agit de lésions syphilitiques. Le syphilome hypertrophique diffus de la lèvre offre des caractères comparables. Les lésions sont alors très difficilement améliorées par le traitement spécifique, et très rarement guéries.

M. Brocq. — Il est certain que ces lésions d'éléphantiasis des organes génitaux ne sont pas toujours syphilitiques. Le malade que j'ai rappelé présente de temps à autre des poussées lymphangitiques, avec œdème, rougeur, et fièvre.

Le secrétaire,

L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS

Tenu à Brunswick du 19 au 26 septembre 1897.

(SECTION DE DERMATOLOGIE)

Forme particulière d'acné artificielle.

M. RILLE. — L'affection dont il s'agit est très rare, elle est caractérisée par des efflorescences papuleuses, d'une teinte cuivrée et rouge livide, localisées sur les avant-bras, la face interne des cuisses, les organes génitaux et les fesses. Cette éruption a une très grande ressemblance avec une syphilide papulo-lenticulaire. Ce malade a déjà été traité à plusieurs reprises comme syphilitique avec l'iode et le mercure. Les lésions sont provoquées par un liquide huileux avec lequel ce malade, qui est tisseur, a l'habitude de graisser les bobines de son métier ; ses vêtements sont par suite imprégnés de cette huile. Les follicules pileux sont remplis de cellules cornées ou bien sont dilatés par l'huile. Il existe en outre une infiltration de cellules rondes et les vaisseaux sont élargis au point de détruire la paroi folliculaire. Le traitement consista en bains alcalins et en application d'emplâtre gris. Le malade ayant repris son travail, l'éruption revint sous son ancienne forme. Neumann a décrit des cas d'acné professionnelle et Leloir une acné des tisserands.

Éruption vaccinale sur les organes génitaux.

M. RILLE. — Sur les grandes lèvres d'une fillette de 3 ans et demi il existait des nodosités blanc pâle et jaunâtres, saillantes, dont la grosseur dépasse celle d'une lentille, assez dures et résistantes et des bulles avec croûtes centrales, brun foncé. Sur le bras, pustules vaccinales encore intactes, d'aspect tout à fait analogue, d'où on peut conclure que l'éruption des organes génitaux daterait de la même époque ou serait survenue peu de temps après. La guérison a eu lieu au bout de 8 à 10 jours de la manière habituelle.

M. UNNA rappelle certains eczémas chez les enfants, qui se compliquent de nécrose ; ils s'accompagnent souvent d'aphtes de la bouche.

M. BLOCK a vu chez une fillette de 12 ans, sur la petite lèvre, un ulcère nécrotique de la dimension d'une noisette, qui présentait presque les caractères typiques d'une affection syphilitique primaire. Dans la région correspondante de l'autre lèvre il existait un ulcère plus petit. Comme il ne survint pas d'accidents spécifiques secondaires et qu'au contraire les plaies se cicatrisèrent, l'auteur est disposé, comme Unna, à regarder ce

processus comme analogue aux aphtes de la cavité buccale, d'autant plus que cette fillette avait manqué de soins.

M. Rille connaît les cas cités par Unna comme eczéma nécrobiotique. Ils sont décrits dans l'ouvrage de Kaposi ainsi que dans un travail d'Halpern. Rille peut ajouter que des gangrènes de cette nature consécutives à l'intertrigo surviennent non seulement chez les enfants, mais aussi chez les personnes âgées, notamment chez des femmes vivant dans des conditions misérables. Parmi les affections des organes génitaux de la femme se terminant par ulcération, on pourrait citer encore l'herpès progénital, que l'on peut très facilement confondre avec un chancre syphilitique.

Lupus érythémateux discoïde et disséminé.

M. Sternthal. — Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui, jusqu'à l'automne de 1894, a toujours été bien portante. A cette époque apparurent sur le dos quelques taches rouges prurigineuses. Un médecin prescrivit des badigeonnages avec une préparation de chrysarobine. A la suite de ces applications il survint de nouveaux foyers morbides sur le thorax, les bras, les mains, le visage et les oreilles. L'orateur vit la malade pour la première fois le 8 janvier 1895. Depuis cette époque, guérison partielle. Toutefois toutes les méthodes irritantes de traitement provoquaient de nouvelles éruptions, sans fièvre il est vrai, mais avec de vives douleurs dans les os. Actuellement l'éruption a envahi de larges surfaces du thorax, du dos et, à un moindre degré, la face, les oreilles et le front ; petite efflorescence sur le cuir chevelu ; le nez et les joues sont indemnes. Chez cette malade l'arsenic n'a nullement retardé la marche de l'affection, ni administré à l'intérieur ni appliqué sur les surfaces malades d'après la méthode de Schütz.

M. Finger cite un cas de lupus érythémateux traité sans succès pendant trois ans avec d'autres remèdes et qui guérit assez rapidement avec des applications de solution de Fowler, applications qui ne déterminaient pas de réaction locale, de telle sorte qu'il fut possible d'employer sans interruption ce mode de traitement.

M. Unna fait remarquer que chez la malade de Sternthal l'affection n'a pas pris la voie ordinaire, mais celle de l'eczéma séborrhéique. Comme traitement il recommande le pyrogallol oxydé.

M. Schiff. — On sait que le lupus érythémateux peut guérir sans traitement. Les différents remèdes produiront la réaction suivant leur concentration. Selon lui, la réaction n'a pas une action curative.

M. Block. — Non seulement l'irritation dans le traitement du lupus érythémateux n'est pas le signe d'une action favorable, mais encore l'irritation est nuisible et quand un remède commence à irriter il conseille de le cesser. Il a traité une femme âgée, atteinte depuis 18 mois d'un lupus érythémateux de la moitié antérieure du nez, avec la solution de Fowler d'après le procédé de Schütz. Comme chaque fois il survenait de l'irritation qui augmentait graduellement et que le lupus s'était étendu, il cessa ce traitement et fit appliquer la nuit un emplâtre mercuriel phéniqué et

le jour la pommade suivante : huile de cade 5 grammes, oxyde de zinc et savon de potasse ana 10 grammes, vaseline 50 grammes. Au bout d'un mois et demi de ce traitement, qui ne déterminait pas d'inflammation, le lupus était guéri. L'orateur recommande cette méthode pour les cas récents.

M. Federer partage l'opinion de Block sur l'influence fâcheuse des agents irritants sur le lupus érythémateux. Il a traité trois cas de lupus érythémateux maculeux par la méthode de Schütz. Dans deux cas il n'y eut pas de réaction et on ne constata pas d'amélioration. Dans le troisième il se produisit une réaction et sous son influence il y eut une extension notable de la maladie.

M. Finger distingue deux formes d'irritation médicamenteuse : l'une est une dermatite aiguë, son action est salutaire, elle détermine la guérison, la résorption du processus local ; l'autre constitue un progrès aigu du processus, son action est nocive et entraîne l'augmentation du processus.

M. Lassar. — Le procédé de Schütz n'est certainement pas sans action dans les éruptions superficielles circonscrites.

L'acide phénique à 1 p. 100 est préférable à la solution de Fowler dont l'action est parfois incertaine. En général ces applications amènent la réaction et la défurfuration, sans doute aussi une décoloration. Mais la méthode exige beaucoup de patience. Il y aurait à mentionner encore l'administration interne de la quinine recommandée par Payne. Le thermocautère, dans des mains exercées, détermine une guérison complète et durable. Sous l'influence de la brûlure, les tissus sont carbonisés, tandis qu'on recherche uniquement la destruction locale du lupus érythémateux et non celle du tissu sous-jacent. Aussi est-il nécessaire de faire un traitement consécutif déterminant le moins possible de réaction, par exemple l'emploi du nosophène dont on saupoudre la partie cautérisée.

M. Unna admet aussi deux espèces d'irritation. Une dermatite tout à fait superficielle avec destruction de l'épithélium est parfois salutaire ; mais l'apparition de l'œdème est toujours dangereuse et prédispose aux récidives et à de nouvelles poussées dans les parties adjacentes.

Trois cas de lupus vulgaire après le traitement par la tuberculine R.

M. Sternthal. — Dans deux cas il ne se produisit pas d'action favorable, malgré l'élévation de la dose jusqu'à 1,3 c.c. de tuberculine pure. Il n'y eut pas de réaction fébrile dans deux cas qui sont indemnes d'affection pulmonaire. L'un est actuellement opéré et guéri ; chez l'autre on a observé qu'une ancienne otite moyenne, depuis longtemps tout à fait éteinte, était de nouveau revenue accompagnée de vives douleurs. Après chaque injection, douleurs derrière le nez, qui rayonnaient vers l'oreille. Comme au bout de trois injections (sans élévation de la dose) les douleurs se renouvelaient après chaque injection et que finalement il se produisit un écoulement purulent, on interrompit le traitement. Dans le troisième cas, lupus hypertrophique de la face, la malade réagit déjà avec un millième de milligramme de substance solide, avec de violents mouvements fébriles.

Mais sous l'influence de la réaction locale (rougeur, tuméfaction considérable, exsudation) le lupus s'affaissa notablement ; seule, la lésion siégeant sur le nez reste hypertrophiée. Dans ces conditions il n'est pas encore question de guérison, mais certainement il y a une très grande amélioration.

M. Finger communique trois cas de lupus vulgaire traités sans succès avec la nouvelle tuberculine. Les communications de Sternthal dans le deuxième cas sont d'autant plus intéressantes que Klein, de l'Institut de Weichselbaum, a démontré que l'ancienne tuberculine augmente la virulence des agents pyogènes.

Sclérodermie.

M. Sternthal présente deux malades atteints de sclérodermie, un garçon de 13 ans et une demoiselle de 28 ans. Chez cette dernière, sclérodermie très considérable de la face et des mains. Les bains de mer, le massage avec une pommade salicylée, la thyroïdine n'ont eu aucune influence. Chez le premier malade il existe une dureté prononcée des bras, des mains et des jambes. Chaque progrès de la sclérodermie est précédé d'une éruption de pomphi. Il a existé pendant un certain temps de l'ascite qui a disparu actuellement. Urines et cœur ne présentent rien d'anormal. Il y a un an il survint une alopécie strictement limitée à un seul côté, compliquée d'ulcérations sur la peau correspondante, toutefois les cheveux sont repoussés. A plusieurs reprises, ulcérations sur les doigts et les orteils. Bains de mer, massage et pommade salicylée ; thyroïdine, salicylate de soude ; le tout sans résultat.

Pemphigus vulgaire.

M. Sternthal. — Il s'agit d'un malade atteint de pemphigus vulgaire très amélioré par le traitement arsenical, presque guéri puisqu'il ne survient plus que sporadiquement des vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, tandis qu'au début il se produisait une quantité énorme de bulles flasques, en partie hémorrhagiques, de la grosseur d'un pois et même plus grosses.

Recherches histologiques sur l'inflammation de la peau.

M. Kulisch en se référant aux préparations qu'il a déjà présentées (voir *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 112) qui permettent de comprendre la dermatite provoquée par l'huile de croton, examine brièvement la question de l'inflammation et de la chémotaxie. En ce qui concerne spécialement l'inflammation, ici en question, une partie des observations s'explique tout naturellement par la chémotaxie (chien et homme), tandis que chez plusieurs animaux (cobaye, lapins, chats) l'ensemble des phénomènes est plus en faveur de la théorie de Samuel Cohnheim. Toujours est-il que certains résultats, spécialement la participation primaire des follicules et l'amas des leucocytes dans leur voisinage le plus immédiat, indiquent qu'une influence directe de l'exsudat a lieu par l'agent chimique ; qu'en particulier la direction de l'émigration des leucocytes est déterminée par le même

agent chimique. On peut par conséquent admettre que la dermatite provoquée par l'huile de croton est la conséquence d'une combinaison de l'action chémotaxique de l'huile de croton et d'une inflammation déterminée par la même substance dans le sens de Samuel Cohnheim.

M. Unna remarque qu'aucune des différentes théories de l'inflammation n'exclut l'autre. Même la théorie chémotaxique ne saurait remplacer aucune théorie antérieure, elle ne constitue qu'un complément des théories précédentes, mais un complément très essentiel. Tout d'abord elle explique de la manière la plus facile des faits que les théories antérieures avaient laissés inexpliqués, notamment que dans l'inflammation le courant sanguin est ralenti malgré des paralysies artérielles. Ensuite elle pénètre plus avant dans l'étude de l'inflammation en introduisant la notion de la direction du courant de l'exsudat. Du point de vue de la théorie chémotaxique la différence qualitative des exsudats s'explique par la différence quantitative ou qualitative des irritations.

La loi de Colles et le choc en retour.

M. Finger (*rapporteur*) établit les principes suivants :

I. — Il y a une hérédité syphilitique purement paternelle incontestable.

Preuves : a) Le traitement exclusif du père dans un mariage avec descendance syphilitique suffit la plupart du temps à donner des enfants sains.

b) La mère d'enfants syphilitiques de par le père reste saine dans la plupart des cas. 1° Elle est cliniquement trouvée saine; 2° elle procrée plus tard avec un homme sain des enfants sains ; 3° après la naissance de l'enfant syphilitique elle est infectée par cet enfant ou peut l'être d'une autre manière.

II. — Il y a une hérédité syphilitique purement maternelle incontestable.

Preuves : a) La femme accouchant d'enfants syphilitiques de plusieurs maris.

b) La syphilis post-conceptionnelle.

III. — La syphilis maternelle peut se transmettre par le placenta au fœtus aussi bien dans l'œuf que post-conceptionnellement. L'infection placentaire post-conceptionnelle est prouvée par une série d'observations cliniques exactes (48 cas). La transmission maternelle ovulaire n'est pas démontrée, seulement il faut l'admettre par analogie à la transmission spermatique.

IV. — La syphilis de la mère, même acquise dans le dernier mois de la grossesse, peut encore passer in utero au fœtus procréé par des parents sains.

V. — Le séjour d'un fœtus syphilitique du fait du père dans l'utérus d'une mère saine n'est pas en général sans réaction sur la mère et se traduit de différentes façons.

A. — *La mère devient syphilitique. Syphilis conceptionnelle. Choc en retour.*

a) Syphilis conceptionnelle précoce. — Apparition pendant la grossesse de symptômes secondaires spontanés ne résultant pas d'un chancre syphilitique.

VI. — Le passage du virus syphilitique à la mère par le placenta du fœtus syphilitique de par le père n'est pas prouvé jusqu'à présent, on ne l'admet que par analogie avec la syphilis fœtale post-conceptionnelle. Mais on pourrait incontestablement rattacher une partie des cas qui passent pour de la syphilis conceptionnelle précoce, particulièrement ceux dans lesquels les symptômes secondaires apparaissent chez la mère les deuxième et troisième mois de la grossesse, plutôt à une infection spermatique et à une lésion initiale passée inaperçue ou qu'il est impossible de démontrer en raison de sa position élevée dans l'utérus, les trompes. Nous sommes autorisés à admettre cette hypothèse, attendu qu'il existe quelques observations de marche analogue de la syphilis chez des femmes d'hommes ayant une syphilis latente, même sans grossesse intercurrente (Verchère).

b) *Syphilis conceptionnelle tardive.* — Apparition de syphilis tertiaire spontanée, qui n'est la conséquence ni de symptômes primaires ni de symptômes secondaires.

VII. — Tout comme pour la syphilis conceptionnelle précoce, on ne peut pas non plus démontrer la syphilis conceptionnelle tardive d'une manière scientifique cliniquement exacte. La plupart des observations recueillies par les auteurs les plus consciencieux ne permettent pas d'admettre qu'il s'agit dans tous ces cas d'erreur d'observation, d'autant plus que cette opinion n'a pas la valeur d'un argument scientifique.

B. — *La mère ne devient pas syphilitique mais immunisée contre la syphilis.*

VIII. — De beaucoup le plus grand nombre des mères qui restent saines d'enfants syphilitiques de par le père acquièrent pendant et par cette grossesse une immunité contre l'infection syphilitique (loi de Colles).

C. — *La mère reste complètement saine et non influencée.*

IX. — Dans un petit nombre de cas incontestables (21 observations) la mère est si peu influencée par la syphilis du fœtus in utero que, après la naissance de l'enfant syphilitique, elle peut être infectée par ce même enfant ou autrement.

X. — Comme exceptions à la loi de Colles, on peut encore ajouter un groupe de cas, toutefois leur adjonction paraît ici tout à fait inadmissible. Ces cas évoluent d'après le type suivant : le père au moment de la procréation est syphilitique, la mère présente tardivement dans la grossesse une affection primaire et des symptômes secondaires, l'enfant est syphilitique. On peut conclure de ces cas, que la mère de l'enfant syphilitique de par le père peut encore être infectée ultérieurement pendant la grossesse; ce serait par conséquent là une exception à la loi de Colles. Ce raisonnement est inadmissible, attendu que la prémisse la plus importante de cette conclusion, à savoir que la syphilis de l'enfant proviendrait du père, n'est ni prouvée, ni démontrable, et qu'on peut admettre l'infection placentaire post-conceptionnelle du fœtus par la mère.

XI. — Le nombre des cas incontestables connus jusqu'à présent d'exceptions à la loi de Colles (21 cas) est si grand qu'on ne saurait recommander comme complètement sans danger l'allaitement des enfants syphilitiques *ex parte* par leur mère saine (16 cas).

XII. — Pareillement les enfants nés de parents syphilitiques, qui

échappent à la syphilis, sont immunisés contre l'infection syphilitique (loi de Profeta).

XIII. — Mais il existe aussi un certain nombre d'exceptions incontestables à la loi de Profeta (jusqu'à présent 15 cas).

XIV. — On regarde aujourd'hui comme démontré que cette immunité est indépendante de l'infection syphilitique et s'explique par l'apport de toxines de l'organisme syphilitique à l'organisme non syphilitique.

XV. — Parmi les différentes voies de contagion héréditaire, la transmission spermatique paternelle et la transmission placentaire maternelle post-conceptionnelle sont donc incontestablement établies, la transmission ovulaire maternelle est vraisemblable, mais jusqu'à présent non démontrée.

En ce qui concerne spécialement le placenta, il faut établir les règles suivantes :

a) Pénétrabilité pour le virus dans un groupe de cas. Cette perméabilité est établie d'une manière incontestable de la mère à l'enfant, probable de l'enfant à la mère, mais jusqu'à présent on ne l'a pas exactement démontrée.

b) Dans un deuxième groupe de cas, imperméabilité pour le virus, perméabilité pour les toxines qui immunisent, et cela aussi bien de la mère à l'enfant qu'inversement.

c) Imperméabilité absolue dans une troisième petite série de cas. Ni virus ni toxines immunisantes ne passent, l'organisme sain reste complètement non influencé par l'organisme malade.

XVI. — Dans quelles circonstances et conditions le placenta est-il tantôt perméable, tantôt imperméable ? Ce fait échappe jusqu'à présent à l'observation. Sans doute pour une série de cas on peut dire que le placenta sain est imperméable au virus, le placenta malade perméable, mais on voit les exceptions les plus bizarres et on observe des mères saines avec la syphilis fœtale paternelle, malgré la maladie intensive du placenta maternel, des fœtus sains dans la syphilis post-conceptionnelle de la mère, malgré la maladie syphilitique prononcée du placenta fœtal et même des vaisseaux du cordon ombilical.

On ignore absolument les conditions qui favorisent ou empêchent le passage des toxines immunisantes dissoutes.

M. Rosinski (*co-rapporteur*). — Jusqu'à quel point et dans quelles conditions le placenta est-il perméable au virus syphilitique ? L'orateur partage en général sur cette question l'opinion de Finger, mais il insiste encore davantage sur l'imperméabilité du placenta au contage syphilitique. Ce n'est qu'exceptionnellement que survient une infection post-conceptionnelle du fœtus, c'est-à-dire une contagion conceptionnelle de la mère par le fœtus syphilitique du fait du père, ce qu'on appelle choc en retour. On ne peut pas, il est vrai, contester (surtout après les travaux de Birch-Hirschfeld et Lubarsch) dans un certain nombre de maladies infectieuses la possibilité de la transmission de l'infection au fœtus ; mais le passage des barrières placentaires n'est nullement régulier et même dans certaines infections les voies sanguines fœtales restent en général libres. Pour trancher cette question en ce qui concerne la syphilis il y a des difficultés

tout à fait spéciales, attendu que les animaux étant réfractaires à la syphilis l'expérimentation est impossible. Mais même si on pouvait inoculer les animaux avec la syphilis, il faudrait hésiter à transmettre purement et simplement à l'homme les résultats de l'expérimentation animale ; en effet, on sait par exemple que chez l'homme le charbon est loin de passer aussi souvent de la mère au fœtus, qu'on ne devrait s'y attendre d'après les recherches sur les animaux. Ce qu'on observe dans la tuberculose ne se produit pas non plus dans les mêmes conditions dans la syphilis. Dans cette dernière affection on en est donc provisoirement réduit aux seules observations cliniques.

Il a été démontré par des faits exacts que dans cette maladie une infection placentaire peut se produire ; les opinions ne sont divergentes que sur un point. Cette infection est-elle la règle ou l'exception ? On ignore encore complètement les circonstances et les conditions dans lesquelles les parasites probables de la syphilis forcent les barrières placentaires ; s'agit-il dans ce cas de blessures mécaniques grossières, par exemple de la destruction du tissu provoquée par des hémorrhagies ou des processus gommeux envahissants, ou les micro-organismes sont-ils par eux-mêmes capables d'attaquer et de traverser dans certains cas l'épithélium pavimenteux ? On sait seulement par l'observation clinique qu'on a constaté la perméabilité du placenta même dans des cas où il était impossible de savoir s'il était malade, que d'un autre côté aussi dans l'affection spécifique de cet organe on ne pouvait pas toujours noter le passage du virus syphilitique à un organisme sain.

Peut-être ces derniers cas s'expliquent-ils parce que ici l'immunisation de l'organisme sain par les produits de mutations organiques plus diffusibles a lieu auparavant, et le passage ultérieur des parasites restait alors sans effet. D'ordinaire le placenta constitue une barrière infranchissable au contage de la syphilis. Cette hypothèse est nécessaire à la loi de Colles. Cette loi est confirmée par une nombreuse série d'observations cliniques ; l'orateur rapporte un cas très instructif qu'il a vu récemment.

Mais ces femmes ne sont pas seulement réfractaires à la contagion de leurs enfants, elles le sont encore à la syphilis en général. Le plus grand nombre des auteurs admet que ces femmes ne sont qu'immunisées et non syphilitiques ; quelques autres, surtout Fournier, expliquent leur non-infectibilité parce qu'ils les regardent comme syphilitiques. L'orateur ne conteste pas de prime abord la possibilité du passage du virus syphilitique, à travers le placenta, du fœtus à la mère, et regarde au contraire comme vraisemblable, d'après l'analogie des cas, l'infection placentaire post-conceptionnelle du fœtus par la mère ; toutefois il ne peut pas admettre que ces faits se produisent plus fréquemment que l'infection placentaire du fœtus. Tout au moins une partie des cas que Fournier réclame pour l'infection par le choc en retour, précisément parce que la période primaire paraît faire défaut, s'explique comme il suit : la période primaire a passé inaperçue ou n'a pu être constatée en raison de sa localisation. Cependant s'il n'y a qu'un petit nombre d'auteurs qui regardent avec Fournier comme règle générale la transmission conceptionnelle, il en est à peine un seul qui le suive dans les conséquences ultérieures de

cette doctrine : à savoir, que ces mères qui ont accouché d'un enfant syphilitique *ex patre*, mais n'ont jamais présenté de symptômes syphilitiques, sont également syphilitiques et atteintes de syphilis latente. Finger s'est déjà élevé contre cette erreur et l'orateur s'associe sans réserve à ses explications. Les assertions de Fournier ne sont pas fondées ainsi que le montre ce fait que des femmes qui ont mis au monde une ou plusieurs fois des enfants atteints de syphilis de par leur mari syphilitique, restent saines, puis avec un homme sain ou le même homme qui n'a fait dans l'intervalle qu'une cure antisyphilitique complète, engendrent des enfants sains et qui restent sains. Rosinski a observé cinq cas de ce genre.

Quant à l'importance pratique de la loi de Colles pour la thérapie, il s'agit de savoir la conduite à tenir vis-à-vis d'une femme enceinte d'un homme syphilitique, et qui a échappé à l'infection de contact et à ce moment ne présente aucun signe manifeste de syphilis. Dans ce cas les éventualités suivantes peuvent se produire : 1° le sperme fécondant était indemne de germes syphilitiques ; enfant et mère restent indemnes de syphilis ; 2° L'enfant est syphilitique de par le père, mais sa syphilis n'est pas transmise à la mère — il en est ainsi dans la plupart des cas. — La mère reste indemne et devient réfractaire à l'infection, ou bien dans des cas très rares n'est nullement influencée par le processus morbide tout entier, par conséquent n'est pas non plus immunisée ; 3° L'enfant est syphilitique du fait du père et infecte la mère par le placenta dans le cours de la grossesse. Il faut donc dans les cas de ce genre tenir compte de la vie et de la santé d'abord de la mère et en second lieu de l'enfant. La mère est peu exposée, l'enfant l'est dans la plupart des cas. Dans l'intérêt de ce dernier il serait bon de faire dans tous les cas suivre à la mère une cure préventive. Toutefois on répugnera tout d'abord à soumettre une femme saine à l'époque d'une grossesse à une cure aussi énergique et aussi fatigante, et il faut encore établir une différence essentielle entre une femme enceinte pour la première fois et une femme ayant eu plusieurs grossesses. Si la femme est enceinte pour la première fois, on pourra porter, conformément aux antécédents, un pronostic plus ou moins favorable, et instituer d'après cela le traitement. Mais dans les cas douteux — et ce sont les plus fréquents — on préférera attendre le résultat de la première grossesse et ne pas agir préventivement au hasard. Si la femme est enceinte pour la deuxième fois ou a eu plusieurs grossesses, la décision est plus facile et on peut adhérer d'une manière générale au principe de Fournier : « Il faut soumettre à un traitement antisyphilitique une femme saine devenue enceinte par un homme syphilitique, quand l'influence de la syphilis de l'homme a été nocive dans une ou plusieurs grossesses antérieures. » Enfin il y a lieu d'examiner encore la femme comme nourrice de son enfant syphilitique. Sur ce point Rosinski ne peut s'accorder ni avec Finger ni avec le rapporteur (qui dans le *Festchrift* s'est exprimé comme Finger). Il regarde le nombre des exceptions à la loi de Colles comme trop peu considérable pour s'appuyer sur elles. Si l'on veut sauver les enfants dont la vie est très compromise non seulement par la gravité de leur maladie mais encore par le traitement, il faut, avant tout, prescrire une alimentation appropriée ; l'allaitement maternel reste

alors le seul rationnel, il faut faire abstraction *eo ipso* d'une nourrice étrangère. En outre, les enfants sont ici encore influencés spécifiquement, comme v. Düring le démontre d'une manière plausible, car, ainsi que Ehrlich l'a établi, le lait de femelles immunisées apporte à l'organisme de leurs nourrissons les antitoxines et lui donne une grande immunité. L'influence favorable de la cure spécifique de la mère par l'intermédiaire du lait s'observe chez l'enfant malade.

M. Hochsinger (*co-rapporteur*) a eu l'occasion d'examiner, dans l'Institut public des enfants malades à Vienne, les protocoles exacts de 361 enfants atteints de syphilis congénitale. Ces enfants se répartissent sur 218 mères, c'est-à-dire sur 218 familles. Il a pu soumettre à un contrôle, de 3 jusqu'à 19 ans, 98 de ces femmes. 72 avaient accouché d'enfants dont la syphilis provenait exclusivement du père, sans que la mère eût été infectée dans les rapports sexuels, tandis que les 26 autres mères étaient déjà syphilitiques avant le mariage ou avaient été infectées pendant le mariage par le père. Il existe une différence tranchée entre le sort des mères de ces deux groupes. Dans le premier, celui où les femmes échappaient à une infection de la part du mari, on n'a pas pu découvrir *une seule fois* un symptôme syphilitique quelconque ou faisant soupçonner la syphilis pendant toute la durée du contrôle. Sur les femmes du deuxième groupe on trouva 12 fois pendant le contrôle des lésions syphilitiques manifestes, 5 fois des condylomes et 7 fois des gommes; il ressort de là que, dans les cas cités par l'orateur, jamais *on n'a rien pu constater qui ressemblerait à un choc en retour*. Hochsinger s'élève ensuite contre la doctrine de la « *syphilis maternelle par conception* » de Fournier et de l'École française moderne. D'après cette école, une femme qui serait devenue enceinte du fait d'un homme ayant une syphilis latente, pourrait présenter, dès le deuxième ou troisième mois de sa grossesse, des symptômes secondaires évidents qui seraient survenus par une rétro-infection du côté de l'œuf infecté par le sperme.

Mais si on lit les observations des malades, on voit que l'enfant développé d'une manière normale dans l'utérus n'a été atteint de syphilis que dans la vie extra-utérine. Donc quand chez l'enfant le virus n'apparaît qu'après la naissance, comment d'un tel enfant, dès les premières semaines après la conception, l'infection aurait-elle été transmise à la mère?

Il est tout à fait impossible de comprendre comment le virus renfermé dans l'œuf fécondé peut contagionner la mère; l'agent infectant devrait alors traverser la vésicule germinative, la muqueuse utérine intacte, pour rendre la mère malade. Bien que l'orateur soit d'avis que le placenta, dans des conditions normales, ne permette pas le passage de la substance infectieuse, il croit cependant pouvoir soutenir que ce n'est qu'après la formation du placenta, et dans le cas seulement où il devient malade, que peut se produire la transmission à la mère du contage du fœtus infecté par le sperme. Mais ce processus n'est ni démontré, ni démontrable. Les prétendus cas de choc en retour s'expliquent plutôt comme des infections de contact tout à fait ordinaires avec portes d'entrée inconnues. La clinique infantile fournit des documents pour établir la possibilité d'une syphilis secondaire sans affection primaire indurée, car, sur 34 cas de syphilis infantile acquise, 4 seulement étaient atteints de sclérose pri-

maire. Il en est de même, d'après l'auteur, du tertiarisme d'emblée par choc en retour des mères. Cette théorie dit qu'une femme, consécutivement à la grossesse d'un enfant syphilitique de par le père, peut après plusieurs années présenter des accidents tertiaires qui ne sont pas survenus par voie de contact mais par rétro-infection d'un fœtus syphilitique par le sperme. Cela aussi n'est ni démontré ni démontrable et théoriquement absolument incompréhensible. Même la théorie de Finger ne peut expliquer ce fait. Tout au contraire, l'écueil de cette théorie est de confondre l'immunité par la loi de Colles avec le tertiarisme par choc en retour. La loi de Colles signifie que la mère a acquis par la grossesse avec un fœtus infecté par le sperme un certain degré de non-réceptivité contre l'infection syphilitique. C'est là un point bien établi, quoiqu'il y ait des exceptions, dont la plupart s'expliquent par des conditions particulières à chaque cas. Or Finger dit que l'immunité des mères tient à l'introduction de toxines venant du fœtus infecté par le sperme et que les toxines immunisent contre les parasites proprement dits de la syphilis.

Il se peut qu'il en soit ainsi.

Cependant, conformément à son hypothèse que les accidents tertiaires de la syphilis procèdent exclusivement de l'action des toxines et ne doivent leur origine qu'à une grande quantité de ces toxines, il rattache le tertiarisme par choc en retour à ces mêmes toxines ainsi que l'immunité des mères d'après la loi de Colles. Mais comme il a admis comme critérium important de la période tertiaire de la syphilis la possibilité de la réinfection, il se produirait le fait étrange qu'on n'est pas immunisé par l'introduction d'une forte proportion de ces mêmes toxines, tandis qu'on l'est par une plus faible quantité. Donc, ou bien la période tertiaire ne provient pas exclusivement des toxines, ou bien l'immunité de la loi de Colles n'a rien à faire avec ces toxines. Mais même en s'appuyant sur l'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire précoce, la séparation de la syphilis par parasites et de la syphilis par toxines que Finger a établie est caduque, car, ce qui détermine le caractère de la syphilis congénitale, ce n'est pas de savoir si des toxines ou des parasites n'ont pas agi, ce qui ne saurait jamais être démontré, même d'une manière approximative, ce sont les conditions de l'histoire du développement qui entrent ici en ligne de compte.

Quant à l'utilité pratique des lois qui se traduisent par la loi de Colles, l'orateur pense que des femmes qui pour la première fois sont devenues enceintes d'un enfant syphilitique de par le père, mais qui dans ce cas ont échappé à une infection syphilitique par contact du côté de leur mari, ne doivent pas allaiter elles-mêmes leur enfant hérédo-syphilitique, parce que 18 fois sur les 22 exceptions il s'agit de femmes enceintes pour la première fois. Dans ces cas on pourrait avoir recours à du lait stérilisé d'après le principe de Soxhlet, naturellement avec un traitement mercuriel énergique simultané de l'enfant. L'orateur remarque encore que plus de 25 p. 100 des enfants hérédo-syphilitiques ont été guéris avec ce régime et se sont bien développés. Chez des femmes ayant eu plusieurs grossesses, Hochsinger permet sans hésiter l'allaitement.

En résumé : Des femmes saines, dont la grossesse est due à des hommes

syphilitiques, peuvent accoucher d'enfants syphilitiques, mais rester toute leur vie indemnes.

Des femmes enceintes de fœtus syphilitiques de par le père, mais qui ont échappé à une infection de contact du géniteur, obtiennent par la grossesse avec ces fœtus un certain degré, quoique très variable, d'immunité contre la syphilis qui a servi de base à la loi dite de Colles.

L'immunité de la mère de par la loi de Colles est la conséquence du passage des substances immunisantes du fœtus infecté de par le sperme à la mère saine, et par suite n'est pas absolue.

Les exceptions à la loi de Colles concernent des femmes auxquelles, pour des motifs qui ne sont pas toujours faciles à déterminer, une proportion insuffisante de substances d'immunisation fut incorporée pendant la grossesse et ne font par conséquent que confirmer la règle.

Une rétro-infection de la mère par un fœtus infecté par le sperme, le choc dit en retour, sous quelque forme qu'on l'admette (syphilis par conception, tertiarisme d'emblée), n'est cliniquement ni démontrée, ni démontrable et théoriquement difficile à établir.

L'hypothèse de Finger concernant la nature des toxines de la syphilis tertiaire et du tertiarisme kryptogénésique de la mère est incompatible avec les bases de l'immunité de Colles, de l'anatomie pathologique et de la clinique de la syphilis congénitale précoce.

M. Finger. — Dans la question du choc en retour, le moment le plus important est celui qui va de la défloration de la femme jusqu'à son premier accouchement; il ne peut tenir compte que des cas dans lesquels pendant ce laps de temps il y a des observations médicales positives. Quant au choc en retour précoce, l'orateur ne saurait l'affirmer, il le regarde comme ne pouvant pas être prouvé. Par contre, il existe quelques faits incontestables de choc en retour tardif, émanant de collègues qui observaient leur propre femme, et d'autres observations de Caspary et de Zeissl. Quant aux attaques d'Hochsinger contre la théorie de l'orateur au sujet de l'origine de la gomme comme conséquence de l'action des toxines, Finger fait remarquer que cet orateur n'a pas du tout compris sa théorie, quand il identifie des phénomènes virulents et dus à l'action des toxines à des périodes secondaires et tertiaires. L'orateur n'a jamais parlé de deux périodes, mais de deux séries de manifestations qui évoluent non seulement les unes après les autres, mais aussi les unes à côté des autres.

Il a, en particulier, désigné la gomme comme une lésion occasionnée par une modification des tissus déterminée par les toxines. Il a basé sa théorie sur des recherches expérimentales sur la morve qui ont notamment prouvé que les toxines de la morve, obtenues par stérilisation et filtration et injectées aux animaux, produisent dans le foie des foyers inflammatoires circonscrits qui ne se distinguent des nodosités de la morve que par l'absence de bacilles et de contagiosité. Finger s'élève contre l'opinion d'Hochsinger sur la non-contagiosité du sperme. Le sperme produit la transmission héréditaire par ce qu'il est mélangé avec du virus. Mais dans tous les cas où ceci se produit il doit aussi infecter par contact. Le sperme d'un syphilitique n'est pas toujours contagieux. Comme un homme qui a une syphilis virulente procrée, d'après Fournier, 33 p. 100 d'enfants hérédo-

syphilitiques, de même le sperme infectera par le contact dans 33 p. 100 des cas. L'orateur s'élève absolument contre l'allaitement des enfants syphilitiques par la mère saine en s'appuyant sur les exceptions de la loi de Colles.

M. Fehling conteste cette affirmation de Finger : Si la sécrétion d'une papule infecte, le sperme doit infecter de la même manière.

Les recherches de l'orateur sur l'infection avec la toxine de la morve sont en contradiction avec les faits de Finger et on peut se représenter que dans le sperme il n'y a que des toxines qui n'ont plus la propriété d'infecter localement. Quant au traitement, il maintient, contrairement à Rosinski, qu'avec la syphilis tertiaire du père, si on veut obtenir un bon résultat, il faut aussi traiter la mère pendant la grossesse. Il n'est pas non plus d'accord avec Hochsinger quand il dit de ne pas laisser allaiter une primipare par un enfant syphilitique ; ou elle est syphilitique primaire, et alors le traitement sera utile à la mère et à l'enfant, ou elle est immunisée et dans ce cas l'allaitement ne saurait lui nuire, même si l'on ne fait aucun traitement.

M. Finger n'a pas prétendu que le sperme puisse constamment infecter comme la sécrétion d'une papule, mais dans le cas où le sperme produit la transmission héréditaire (33 p. 100 d'après Fournier), si pour l'enfant il est virulent il doit être aussi virulent par le contact.

M. Rosinski. — Il y a certainement des cas où les femmes ont accouché d'enfants syphilitiques, et qui sont saines à ce moment, que nous ne regardons que comme immunisées ; elles ont été pourtant infectées, mais nous ne pouvons l'établir ni par l'anamnèse ni par la recherche objective d'anciennes lésions ; ces femmes, surtout s'il survient une grossesse, il faut les traiter ; ce sont là des cas exceptionnels. Il faut en principe maintenir que des femmes qui sont sur le coup de la loi de Colles ne doivent être soumises à un traitement anti-syphilitique ni pour elles-mêmes ni en vue d'une nouvelle grossesse. On s'est souvent demandé si on a le droit de laisser les enfants hérédo-syphilitiques être sans exception allaités par leur mère, même saine. Rosinski est d'avis qu'il ne faut pas trop exagérer le danger auquel la mère s'expose dans ces cas. Les accoucheurs sont souvent embarrassés, n'osant pas exposer la mère à des accidents graves dans l'intérêt de l'enfant.

D'ailleurs cette question se résoudra le plus souvent d'elle-même en ce sens que la mère ne voudra pas renoncer à nourrir son enfant ; si toutefois elle le désire et le peut, même quand on lui signale le danger qui la menace.

M. Hochsinger persiste dans ses objections à la théorie de Finger, il croit que le sperme d'un homme syphilitique ne peut pas infecter la femme par le contact, et que l'objection de Finger : « les expériences de Mireur proviennent d'une époque antérieure », ne change rien à la réalité des faits. Pour sortir du dilemme, dans lequel Finger s'est placé en attribuant l'immunité de Colles et la période gommeuse de la syphilis à une seule et même action, à savoir celle des toxines, il n'y a pas d'issue. Hochsinger conclut en disant qu'une rétro-infection de la mère par son enfant syphilitique *ex patre* n'est pas prouvée et ne saurait l'être, et tous les cas qui forment la base du choc en retour s'expliquent naturellement

par une infection ordinaire de contact. Ceci est tout aussi vrai pour la mère d'enfants infectés par le sperme que pour les hommes et les enfants avec syphilis tertiaire en apparence kryptogénésique.

M. Müller appelle l'attention sur ce que même au début de la grossesse il pourrait y avoir transmission de la syphilis de l'œuf à la mère, et dans ce cas le placenta ne jouerait aucun rôle. Même au début de la grossesse l'œuf n'est pas mobile, mais déjà adhérent à la face interne de l'utérus.

Ulérythème ophryogène.

M. Sternthal. — Il s'agit d'un malade dont l'affection remonte à sa plus tendre enfance. Sur le cuir chevelu, très nombreuses cicatrices, dans les intervalles bouquets de cheveux. Entre les cicatrices, lésions ressemblant à du lichen pilaire, si ce n'est que la peau est un peu plus rouge. Sur le bord la peau est légèrement érythémateuse. L'affection du cuir chevelu a une marche progressive lente. Nulle part suppuration folliculaire ou croûtes. A l'extrémité terminale des deux sourcils, rougeur, petits cônes cornés dans les follicules. Par la compression on voit de fines cicatrices réticulaires dans la partie rouge. Dans les creux axillaires et sur la cuisse gauche, foyers analogues à un eczéma mycosique, foyers qui n'ont sans doute rien à faire avec l'affection du cuir chevelu. Après quelques mots sur le diagnostic différentiel du lupus érythémateux, l'orateur est d'avis qu'il s'agit dans ce cas d'un ulérythème ophryogène.

M. Unna. — On a affaire ici à un ulérythème ophryogène très caractérisé.

M. Schiff pense que ce cas n'appartient pas à la série des processus pathologiques décrits par Unna et Tänzer sous le nom d'ulérythème ophryogène. Ce cas rappelle bien plutôt l'alopécie cicatricielle. Cependant, en raison des plaques circonscrites, squameuses, du creux axillaire gauche et de celles de la cuisse du même côté, ainsi que de l'état particulier du cuir chevelu, Schiff serait disposé à admettre une mycose.

M. Rille tient ce cas absolument pour un favus évolué, les cicatrices sont caractéristiques. On observe à Vienne ce genre de cicatrices sur le cuir chevelu (très rarement aussi sur le tronc et les membres), principalement chez les juifs polonais qui ont eu du favus dans leur enfance et qui entrent ensuite à l'hôpital pour un lupus, la syphilis, etc. Ce malade raconte d'ailleurs que le médecin de son village l'a traité avec la calotte de poix. Il n'y a pas ici de godets, on sait que le favus guérit d'ordinaire complètement avec ou sans traitement, après avoir duré très longtemps, en opposition au lupus vulgaire où dans de vastes cicatrices on trouve toujours des granulations lupiques encastrées sous l'épiderme. L'absence de champignons ne prouve rien pour les mêmes raisons contre le diagnostic de favus.

M. Fabry. — Ce cas rappelle au premier abord un malade qu'il a observé et qui avait eu autrefois un favus des ongles et avait une alopécie tout à fait analogue ; on ne trouva pas non plus de parasites dans les cheveux, pourtant, d'après l'anamnèse il y avait eu un favus. Il propose dans le cas actuel de rechercher encore les champignons faviques.

M. Unna. — L'érythème ophryogène ne détermine de sclérose dure que sur le cuir chevelu comme le favus, et, sur d'autres régions, de l'érythème folliculaire et interfolliculaire, l'oblitération des follicules et le dépérissement des cheveux. L'affection des surfaces de flexion n'a pas de rapport avec la maladie ci-dessus, mais ressemble à l'érythrasma. Contre le favus il faut ajouter que l'affection a eu une marche progressive depuis l'enfance sans que jusqu'à ce jour on ait trouvé des points jaunes et des godets.

Histologie d'un cas de purpura hémorrhagique.

M. Fabry. — Il s'agit d'un garçon de 13 ans chez lequel la maladie a débuté il y a un peu plus de 4 ans. Depuis cette époque l'exanthème, à type papuliforme, a toujours suivi une marche graduellement progressive, sans disparaître par moments, comme on l'observe d'ordinaire.

Il est survenu il y a 3 mois une hémorrhagie pulmonaire menaçante, sans toutefois entraîner une issue fatale. Le malade se trouve de nouveau assez bien. Néanmoins le pronostic reste grave. L'orateur croit avoir affaire à une variété rare de la maladie maculeuse de Werlhoff (purpura papuleux de Hebra, lichen lividus de Willan).

L'examen histologique a confirmé ce diagnostic ; on a trouvé un très grand nombre d'extravasats sanguins de grosseur très variable, les plus petits à peine visibles. Le diagnostic de purpura a été pleinement confirmé par les hémorrhagies existant dans toutes les couches. Dans un grand nombre de coupes on rencontra de véritables papules sanguines dans la portion épithéliale de la peau et seulement dans celle-ci et en réalité des hémorrhagies assez abondantes, de sorte que les papilles épidermiques étaient allongées mécaniquement et déchirées. Le stratum corné était intact au-dessus de ces papilles. En quelques points il y avait une prolifération épidermique. On admit que l'hémorrhagie s'était produite par rupture, parce que l'on pouvait constater peut-être directement l'épaississement provenant des plus petits vaisseaux, en outre quelques vaisseaux se terminaient en massue par suite de stase et étaient tuméfiés, période préliminaire évidente de la rupture.

Mycétome du pied.

M. Delbanco présente des préparations, des dessins, etc. et esquisse à grands traits l'anatomie et la clinique du pied de Madura ; il décrit ensuite en détail un cas de mycétome du pied qui avait pour point de départ un fongus contenant de la graisse. Des recherches sur des cultures d'actinomycose n'ont révélé ni contenu graisseux ni développement de graisse avec diminution de la vitalité. Toutefois l'orateur doit indiquer l'action réciproque du tissu animal et du fongus ; elle est décisive pour la structure du parasite et pourrait l'être pour un contenu graisseux du champignon.

Frictions caloméliques dans la syphilis.

M. Rille. — Les nombreuses recherches pour remplacer la cure de

rictions par des méthodes plus commodes et attirant moins l'attention ont engagé quelques médecins à conseiller les pommades de calomel. Des auteurs italiens, mais surtout Watraszewski, ont publié les bons résultats obtenus avec ces préparations dont l'action serait au moins égale à celle de la cure de frictions. Rille, qui a expérimenté ces préparations, a trouvé que la valeur de cette méthode de traitement est nulle.

Ichtyol.

M. Unna. — Il résulte des recherches du Dr Helmers que l'élément principal de l'ichtyol est l'acide ichtyolsulfonique qui possède la propriété particulière de rendre soluble dans l'eau, le deuxième élément, qui a une odeur aromatique, huileuse, semblable à du sulfone et, au moyen de celui-ci, de rendre soluble dans l'eau un troisième corps difficilement soluble. Cette propriété s'étend à de nombreuses huiles éthérées, camphre, phénols et autres corps qui deviennent solubles dans l'eau par l'acide ichtyolsulfonique. On trouve une solution aqueuse à 33 p. 100 de cet acide sous le nom d'anytine et les solutions tirées de l'anytine sous celui d'anytoles. L'action médicinale des deux éléments principaux de l'acide sulfonique et du sulfone a été essayée d'abord en 1891 et ensuite par Unna en 1897 dans les maladies de la peau. Il a observé que l'acide ichtyolsulfonique seul durcit l'épiderme, le brunit et agit en produisant de petites pellicules, ce qui s'explique par sa parenté avec l'albumine. Cet acide a en outre une action anti-inflammatoire anémiante, bref une action réductrice que l'orateur rattache à ses propriétés chimiques. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 29 octobre 1897.

Xeroderma pigmentosum.

M. Kaposi présente une fille de 26 ans, atteinte de xérodermie pigmentaire et d'un carcinome de la région zygomatique gauche qui pénétrait jusqu'à l'os. Il a déjà montré cette malade à la Société en 1885 et 1889. Aucun de ses frères et sœurs n'a une affection semblable. Dans ce temps-là elle avait sur la peau du visage affectée de xérodermie pigmentaire 40 à 50 cancroïdes plus ou moins volumineux ainsi que ceux qui se reproduisaient toujours et qu'on enlevait d'après différentes méthodes. En 1889 il survint un carcinome sur l'aile gauche du nez qui fut détruite. L'année dernière il s'est développé sur le bord inférieur de la paupière gauche une tumeur angiomateuse de la grosseur d'un pois et qu'on reconnut être un périthéliome dont l'apparition s'explique, puisque la maladie des vaisseaux est de même nature que la xérodermie pigmentaire.

L'auteur ne présente cette malade que comme un exemple établissant que la carcinomatose, d'abord régionnaire, amène peu à peu des carcinomatoses plus graves et des métastases, ensuite une cachexie carcinomateuse et enfin la mort.

Lèpre tubéreuse et anesthésique.

M. Kaposi présente un Monténégrin, âgé de 36 ans, atteint de lèpre tubéreuse et anesthésique ayant débuté il y a environ six ans. Ce cas répond au type le plus ordinaire de la lèpre tubéreuse et anesthésique; toutefois il faut le signaler comme fait rare, en raison de l'apparition d'un pemphigus dit lépreux, de bulles de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent avec nécrose immédiate de la base et cicatrices plates consécutives, anesthésiques. Actuellement il n'y a qu'une lésion semblable en dehors et en haut du coude gauche. Ce malade est présenté surtout parce qu'on a commencé chez lui la sérothérapie avec le sérum de Carrasquilla. Il a reçu, du 21 au 24 octobre, quatre injections de 75 centimètres cubes; la première injection fut suivie de frissons, d'élévation de température jusqu'à 37°,8 et de sueurs profuses consécutives; après les trois injections suivantes il n'y eut que de l'abattement et au bout de quelques heures des sueurs profuses, ensuite le malade se remit rapidement. Localement, au point injecté, on n'a observé jusqu'à présent qu'un œdème passager. Dorénavant on emploiera des doses plus élevées. L'auteur présentera de nouveau le malade. A. Doyon.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 février 1897.

Un cas de kraurosis vulvæ.

MM. R. Pichevin et Aug. Petit rapportent l'observation d'une femme de 28 ans, atteinte de kraurosis vulvæ depuis plus de trois ans. Au niveau de la région clitoridienne, de la partie supérieure de la grande lèvre et du vestibule, ulcération épithéliomateuse assez profonde; petits nodules cancéreux à la face externe de la grande lèvre gauche; les petites lèvres sont le siège d'un certain degré d'atrophie portant sur toute leur hauteur; le vagin est étroit, la muqueuse rigide adhère aux parties profondes, mais donne une sensation très différente de celle que l'on perçoit au niveau des portions cancéreuses. A la surface des téguments non envahis par la dégénérescence cancéreuse, on voit, au niveau de la fourchette et dans le vagin, des plaques nacrées, blanchâtres, dont les plus larges ne dépassent pas la dimension d'une pièce de vingt centimes et qui ont exactement les caractères des plaques de leucoplasie vaginale. Engorgement ganglionnaire dans les deux aines.

A l'examen histologique, inflammation et hypertrophie du derme avec épaississement des parois vasculaires et dégénérescence fibreuse des nerfs; nécrose et hyperkératinisation des éléments épidermiques; cette dernière lésion présente de grandes analogies avec celle de la leucoplasie, mais il y a cependant cette différence que la forme des papilles n'est pas modifiée et surtout que dans la leucoplasie on ne constate pas de lésions dermiques aussi profondes. G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilides.

Syphilides zoniformes, par P. Spillmann et Etienne. *Presse médicale*, 15 décembre 1897, p. 361.

I. — Jeune fille de 20 ans, ayant un nævus pigmenté constitué par deux placards suivant nettement le trajet du huitième nerf intercostal. Sur ce placard, s'est développé un semis de petites lésions papulo-squameuses, à squames fines, occupant exclusivement les surfaces pigmentées. Sur le reste de la surface cutanée, aucune lésion syphilitique, à l'exception d'une syphilide pigmentaire du col.

II. — Homme de 42 ans, ayant eu la syphilis en février 1892; en mai 1895, zona thoracique gauche, qui suit la marche habituelle, puis fait place à une éruption en cocarde, à larges papules, de l'étendue d'une pièce de cinq francs et plus, à centre rouge foncé et à zone périphérique brunâtre, qui persista pendant plusieurs semaines et ne céda qu'à un traitement spécifique énergique. G.T.

Diagnostic des syphilides.

Dermites papillomateuses syphiloïdes, par G. Brouardel. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mars 1897.

L'auteur rapporte, avec chromolithographie à l'appui, l'observation d'un homme de 19 ans, pédéraste, présentant à la face postérieure du scrotum et au pourtour de l'anus une série d'éléments rappelant à s'y méprendre les plaques muqueuses, bourgeonnants, développés depuis 8 jours et ayant débuté par de petits boutons; la présence de lésions herpétiques nettes sur la verge permit de faire le diagnostic d'éruption herpétique modifiée sous l'influence de la négligence et de la malpropreté; la guérison rapide sous la seule influence des soins de propreté confirma le diagnostic.

Ce cas et deux faits semblables publiés par M. Fournier sont importants au point de vue médico-légal, car des cas de ce genre risqueraient de faire diagnostiquer, par un observateur non prévenu, une syphilis qui n'existe pas. G. T.

Syphilis du système nerveux.

Des psychoses syphilitiques (en russe), par Postovsky. *Revue de psychiatrie de Bekhtereff*, 1897.

Les psychoses syphilitiques peuvent se présenter sous la forme d'une manie grave ou de démence primitive ; l'alcoolisme constitue une cause prédisposante importante.

La manie grave syphilitique est caractérisée par quelques points spéciaux dans son évolution et dans ses symptômes ; il en est de même de la démence d'origine syphilitique. Cette dernière peut se manifester avant l'apparition des symptômes cérébraux graves, et de l'affaiblissement de la mémoire. Les hallucinations n'y sont que des symptômes épisodiques.

Les psychoses syphilitiques sont des psychoses organiques, dues probablement à de la méningite ou à de la méningo-encéphalite. Leur aggravation coïncide avec des nouvelles manifestations cutanées de la syphilis ; elles s'accompagnent souvent de fièvre, avec frissons et sueurs.

Leur diagnostic étiologique est basé sur les symptômes et l'évolution spéciale de ces psychoses, leur rapport avec des manifestations quelconques de syphilis et les résultats du traitement. S. Broïdo.

Syphilis et tuberculose.

De l'influence réciproque des états morbides et en particulier de la syphilis et de la tuberculose, par Ed. Chrétien. *Semaine médicale*, 2 mars 1898, p. 89.

Se basant sur l'influence désastreuse que la syphilis exerce sur la marche de la tuberculose humaine, l'auteur a cherché à étudier l'effet du virus syphilitique sur la tuberculose des animaux. Dans ce but, il a injecté à 4 cobayes, soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire, du sang de sujets en période secondaire de syphilis ; une fois les animaux remis de cette injection et au bout d'un temps variable, il leur a inoculé, en même temps qu'à un cobaye témoin, des produits tuberculeux ou des cultures de bacille de Koch. Sur 4 expériences, il a vu une fois le cobaye syphilo-tuberculisé succomber en trois jours à une infection vraisemblablement produite par le microbe de Friedländer, tandis que le cobaye témoin ne mourait que 42 jours plus tard de tuberculose. Dans 2 autres expériences, le cobaye syphilo-tuberculisé a succombé respectivement 9 jours et 16 jours avant le cobaye témoin uniquement tuberculisé ; une fois il a succombé 21 jours avant le témoin tuberculisé. Ces expériences semblent donc prouver que, si l'injection de sang syphilitique au cobaye ne détermine aucune modification objective analogue aux accidents observés chez l'homme, elle n'en produit pas moins une perturbation subjective telle que la tuberculose expérimentale évolue notablement plus rapidement qu'à l'ordinaire. G. T.

Syphilis héréditaire.

Un cas d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique, par Vasiliu. *Presa medica romana*, 10-22 décembre 1897, p. 33.

Enfant de 8 mois, né d'un père ayant eu la syphilis dans sa jeunesse ; la circonférence du crâne mesure 49 centimètres, la fontanelle antérieure mesure 8 centimètres. Pas de paralysies, ni de contractures ; un peu d'exophtalmie et strabisme. Depuis 60 jours, agitation, insommie, vomissements fréquents, puis état de somnolence, strabisme plus convergent, légère raideur de la nuque, quelques contractions dans les membres. Après le traitement mercuriel (liqueur de van Swieten), amélioration rapide, puis guérison complète de tous les accidents cérébraux. G. T.

Syphilis héréditaire avec lésions cérébrales (Sifilide ereditaria con lesioni al cervello), par C. Rocca. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, 1897, p. 139, et 1898, p. 35.

Fille de cinq ans, née d'une mère syphilitique; à l'âge de deux ans, éruption tuberculo-ulcéreuse de la région lombaire, guérie par le traitement mercuriel ; depuis un an, attaques épileptoïdes, répétées à intervalle d'une semaine ou plus, hébétude, hémiparésie droite ; mort par pneumonie.

A l'autopsie, pneumonie syphilitique, foie volumineux et dur, ganglions mésentériques assez volumineux.

L'examen histologique du cerveau, que l'auteur rapporte avec de grands détails, montre une infiltration leucocytaire, occupant principalement les circonvolutions frontales et temporales, des lésions d'artérite portant surtout sur les tuniques internes et musculaires avec infiltration leucocytaire périvasculaire, et, dans certaines régions, une notable quantité de petits vaisseaux néoformés, particulièrement dans les circonvolutions temporales et les circonvolutions du corps calleux. G. T.

Syphilis hépatique avec ictère chez un enfant de 30 mois (Sifilide del fegato con itterizia in un bambino di trenta mesi, riconosciuta all'autopsia, e simulante in vita completamente una forma di tubercolosi), par Durante. *La Pediatria*, août 1897, p. 234.

Garçon de 30 mois, sans antécédents syphilitiques héréditaires connus, ayant été soumis à une alimentation défectueuse, ayant depuis longtemps des troubles intestinaux chroniques et de la diarrhée récidivante. Enfant très maigre ; pâle, polymicroadénopathies ; rien à noter du côté de l'appareil respiratoire ; abdomen volumineux, distendu, sans dilatations veineuses appréciables, pas d'épanchement liquide dans le péritoine, foie augmenté de volume, débordant de 3 travers de doigt le rebord costal, diarrhée, fièvre irrégulière ; dans les derniers jours de la vie, léger ictère.

A l'autopsie, foie volumineux, lisse, de coloration jaune ; quatre gommes typiques, une à la partie moyenne de la face antérieure, les 3 autres à la partie postérieure. Impossibilité de découvrir des lésions tuberculeuses ou des bacilles dans les différents organes. G. T.

Kératite parenchymateuse diffuse syphilitique (en russe), par Bourtzeff. *Wratch*, 1897, 20.

Il s'agit de deux sœurs, l'une de 15, l'autre de 14 ans, ayant toutes les deux des lésions identiques de kératite parenchymateuse diffuse, avec altération du fond de l'œil. Supposant la syphilis héréditaire et lui attribuant la lésion oculaire, l'auteur institua un traitement spécifique énergique et a rapidement obtenu des résultats très satisfaisants. Le traitement n'est pas encore terminé, mais il y a lieu d'espérer une guérison complète. S. Broïdo.

Traitement de la syphilis.

Traitement antisyphilitique intensif par les injections de calomel (Cura antisifilitica intensa d'injezioni di calomelano), par F. Sprecher. *Gazetta medica di Torino*, 1897, n° 29.

Jeune homme, atteint d'une syphilis grave à manifestations récidi-

vantes, déjà traitées par les injections de sublimé et l'iodure de potassium. Ayant entendu parler de l'efficacité des injections de calomel, il se fit faire par un étudiant en médecine des injections de 15 centigrammes de calomel, qui furent répétées six jours de suite, soit un total de *quatre-vingt-dix centigrammes de calomel en six jours*. Quatre jours après la dernière injection, le malade entrait à l'hôpital avec une inappétence et une insomnie complètes, une stomatite ulcéreuse intense, de fortes douleurs intestinales, des abcès très douloureux au siège de toutes les injections, oligurie et cylindrurie.

Pour arrêter l'intoxication, on ouvrit tous les abcès, qui furent lavés abondamment à l'eau bouillie, et remplis de gaze stérilisée. Le malade fut soumis à la diète lactée Quatre jours après l'incision des deux premiers abcès, la fièvre avait cessé et l'état général s'était beaucoup amélioré; le 8e jour, la quantité journalière d'urine était devenue normale et les violentes douleurs abdominales avaient disparu; le 22e jour, l'albuminurie, la stomatite ulcéreuse avaient cessé, le malade pouvait être considéré comme entièrement guéri. A partir de ce moment, les manifestations syphilitiques furent très minimes. G. T.

Hémol iodomercurique (Ueber das Haemolum hydrargyro-jodatum), par Stark. *Monatsh. für prakt. Dermat.*, 15 octobre, 1897, p. 378.

L'auteur a employé la formule de Rille : Hémol iodomercurique 10 gr., poudre et extr. de réglisse ââ q. s., pour 50 pilules. Deux pilules, trois fois chaque jour après les repas.

Chez un malade atteint de gommes linguales, l'administration de 50 pilules amena une amélioration considérable, et après d'autres pilules la guérison fut complète.

Un malade ayant eu autrefois des gommes du cuir chevelu, guéries par l'application de poudre de calomel et l'iodure de potassium à l'intérieur, revint au bout de quelques mois avec une céphalée continuelle et des bourdonnements d'oreilles. Amélioration après un traitement par les pilules d'hémol iodomercurique; toutefois, pendant ce traitement, il survint des douleurs gastro-intestinales qui obligèrent le malade à suspendre les pilules.

Chez un autre syphilitique, on fut obligé de cesser les pilules d'hémol iodomercurique au bout de quelques jours, parce qu'elles déterminaient des vomissements, de la diarrhée et des douleurs thoraciques. Les pilules de sublimé furent par contre très bien supportées.

Chez un quatrième malade, les mêmes accidents se produisirent après quelques jours.

L'auteur alors a essayé sur lui le même remède et, après 12 pilules, il constata les mêmes phénomènes. Pendant la déglutition, il éprouvait la même sensation que si l'œsophage se contractait, surtout à sa partie inférieure et, à chaque bouchée, il lui semblait que l'œsophage se déchirait. Il cessa le remède et les symptômes disparurent dans l'espace de 2 à 3 jours; chaque fois qu'il a pris les pilules, les mêmes accidents se sont reproduits. Tolérance complète pour les pilules de sublimé.

D'après ses expériences, l'auteur ne peut pas confirmer la déclaration de Rille, disant que l'hémol iodomercurique n'est pas tout à fait indemne

des pathergies, cependant elles ne surviennent jamais avec une telle gravité qu'on soit obligé de suspendre son emploi. A. DOYON.

Étude expérimentale sur la résorption des injections de calomel (Ueber die Resorption der Calomelinjectionen. Experimentelle Studie), par G. PICCARDI. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 177.

Sur le conseil de Bizzozzero, l'auteur a entrepris des recherches sur des animaux et particulièrement sur des lapins, pour étudier l'action du calomel injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les muscles, et de quelle manière cette préparation insoluble se transforme dans l'organisme.

Voici le résultat des recherches de l'auteur :

Le calomel a une action chémotaxique positive sur les leucocytes qui peuvent l'absorber tant que la transformation en chlorure de mercure ne s'est pas encore produite. Dès que cette transformation commence, le pouvoir chémotaxique du calomel continue d'exister, mais il vient s'y ajouter l'action chémotaxique du sublimé, tandis que l'activité phagocytaire des leucocytes cesse.

Le phagocytisme n'a donc lieu que dans les parties de l'organisme où les courants sanguins sont très actifs et où les leucocytes arrivent en contact avec le calomel, avant qu'il ne commence à se transformer.

Dans la cavité péritonéale qui répond précisément à ces conditions, les leucocytes peuvent, un certain temps après l'injection, absorber les petits corpuscules de calomel et même les entraîner dans les ganglions rétro-sternaux et médiastinaux où se produit ensuite la transformation.

Dans les tissus sous-cutané et musculaire, les leucocytes entourent simplement le calomel, sans l'absorber ou l'entraîner ; sa transformation a donc lieu exclusivement au point injecté et est produite par les liquides de l'organisme. A. DOYON.

Toxicité du mercure métallique injecté (Tossicita del mercurio metallico per iniezione), par SABBATANI. *Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juillet 1897, p. 569.

L'auteur a introduit dans le péritoine ou sous la peau ou entre les muscles, chez des oiseaux, des rats, des lapins, des chiens, du mercure à l'état liquide, soit émulsionné par agitation avec du blanc d'œuf, soit sous forme d'onguent rendu liquide par la chaleur ou par addition d'huile d'olive.

Il conclut de ses recherches que le mercure métallique, mis au contact direct des tissus, ne provoque pas d'empoisonnement aigu, mais des phénomènes d'intoxication très lente.

La tolérance des animaux est d'autant plus grande que l'encapsulement par les tissus est plus complet et, lorsqu'il est complet, il peut ne se produire aucun phénomène toxique. G.T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Fréquence de la blennorrhagie.

Fréquence de la gonorrhée chez les femmes mariées (The frequency of gonorrhœa in married women), par G. VAN SCHAICK. *New-York medic. Journal*, 30 octobre 1897, 598.

L'auteur a fait l'examen microscopique des sécrétions génitales de

65 femmes mariées, exclusivement recrutées dans la clientèle de cabinet. Chez 17 d'entre elles, soit 36 p. 100 des cas, on trouvait des gonocoques, bien que trois seulement aient présenté des symptômes de blennorrhagie aiguë, mais toutes présentaient des pertes blanches W. D.

Gonocoque.

Gonocoque (Further studies on the gonococcus), par H. Heimann. *Medical Record,* 15 janvier 1898, p. 80.

L'auteur a déjà montré dans un travail antérieur que le gonocoque conserve longtemps sa vitalité dans les milieux liquides. Il a encore pu trouver des gonocoques vivants au bout de quatre-vingt-deux jours dans un milieu formé de bouillon et de sérosité pleurale. Il a également pu conserver une culture vivante après 25 réensemencements successifs. Il considère le gonocoque comme spécifique de la blennorhagie et conteste les observations où on l'a trouvé dans l'urèthre sain ou atteint d'inflammation banale. Dans 15 cas de blennorrhagie chronique, avec urines troubles ou contenant des filaments, il lui a été impossible de trouver des gonocoques par l'examen microscopique ou la culture.

Heimann rapporte 4 cas de blennorrhagie rectale avec gonocoques. Dans 2 cas d'arthrite blennorrhagique suppurée, il a trouvé le gonocoque.

Les expériences d'inoculation des cultures de gonocoque dans les yeux de lapins ou de chats nouveau-nés ont toutes échoué. W. D.

Gonocoque dans le sang.

L'infection blennorrhagique générale (Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfection), par Ahman. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis,* 1897, t. XXXIX, p. 323.

Un homme de 22 ans, entré à l'hôpital, le 25 septembre 1896, pour une blennorrhagie qui existait depuis l'été. Écoulement purulent abondant, nombreux gonocoques. Le 14 octobre, douleurs et sensibilité dans l'épaule droite, dans le carpe et dans les articulations interphalangiennes voisines de l'index et du médius du même côté; fièvre, nausées, vomissements, douleurs dorsales. L'urine est foncée, sanguinolente ; elle contient 0,05 p. 100 d'albumine et des cylindres en petit nombre.

Trois jours plus tard, épanchement dans la gaine des tendons du muscle tibial du côté gauche. La ponction donne issue à un liquide muco-purulent dans les cellules duquel on constate la présence de gonocoques en groupes typiques ; ils se décolorent rapidement par la méthode de Gram.

Des cultures sur l'ascite agar, d'après la méthode de Kiefer, montrent dans l'espace de vingt-quatre heures des colonies typiques de gonocoques. L'examen du sang, une première fois négatif, a donné ensuite un résultat positif au moment d'un frisson accompagné de douleurs et de gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne. La culture pure de gonocoques provenant du sang, mentionnée ci-dessus, a été obtenue par le procédé suivant : Après avoir appliqué une bande autour du bras droit, on retira d'une veine 1 gr. de sang avec une seringue de Pravaz. On versa la plus grande partie de ce sang en couches assez épaisses sur quatre plaques de Petri à ascite agar. Quelques gouttes de sang mises sur

dix lamelles de verre donnèrent un résultat négatif. Les quatre plaques portées dans une étuve à une température de 36° C. présentèrent plus de 30 colonies très semblables aux colonies de gonocoques.

Comme ces colonies croissaient en partie dans le sang, elles ne présentaient pas tout à fait l'aspect de celles qu'ont habituellement les colonies de gonocoques. L'auteur ensemença avec ces colonies de l'ascite agar où au bout d'un jour il se développa une deuxième génération de colonies de gonocoques faciles à reconnaître.

Des inoculations de la cinquième génération de ces cultures faites dans l'urèthre d'un jeune homme, qui avait consenti à cette expérience et qui n'avait jamais eu de blennorrhagie, donnèrent un résultat positif. Il est facile de comprendre que la virulence de ces gonocoques circulant dans le sang est plus forte que la virulence ordinaire. Ce cas est très intéressant en ce qu'il démontre absolument qu'il s'agissait de véritables gonocoques et qu'on avait bien affaire dans ce cas à une infection gonococcique générale.

De ces deux observations il résulte que les gonocoques pénètrent dans le tissu conjonctif et peuvent provoquer des phlébites capillaires par thromboses, d'où ils peuvent facilement pénétrer dans la circulation pour déterminer dans les parties les plus éloignées du corps de nouveaux processus inflammatoires.

La constatation des gonocoques dans le sang comble une lacune importante dans la pathogénie des complications blennorrhagiques ; aussi l'auteur se croit-il tout à fait autorisé à parler d'une infection générale gonococcique. A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie.

Traitement de la blennorrhagie aiguë par le protargol (Behandlung der acuten Gonorrhoe. Ein neues Silberpräparat : Protargol. Protargol. Prolongirte Injectionen), par A. Neisser. *Dermatologisches Centralblatt,* 1897, t. I, p. 3.

L'auteur recommande un nouveau sel d'argent, le *protargol*, pour le traitement de la blennorrhagie. C'est une combinaison chimique de l'argent avec une substance protéique ; c'est une poudre fine, jaunâtre, qui peut se dissoudre facilement en l'agitant dans l'eau froide ainsi que dans l'eau chaude. La solution ne se trouble pas si on la chauffe fortement.

Le protargol contient 8,3 p. 100 d'argent. Sa propriété la plus importante, qu'aucun autre sel d'argent ne possède au même degré, c'est que la solution aqueuse n'est précipitée ni par l'albumine, ni par le chlorure de sodium, ni par l'acide muriatique étendu, ni par la lessive de soude. Le sulfure d'ammonium donne à la solution une teinte foncée, sans toutefois provoquer une précipitation. L'acide muriatique concentré précipite non pas le chlorure d'argent, mais le protargol même qui se dissout de nouveau par l'addition de grandes quantités d'eau.

Le protargol est supérieur à l'argentamine en ce que, dans les concentrations usuelles très actives de 1/4 à 1 p. 100, il ne détermine que très rarement une irritation insignifiante, ce qui est une propriété très essen-

tielle pour ceux qui, comme l'auteur, sont partisans du traitement immédiat de l'injection gonococcique par les injections bactéricides.

Le protargol permet de prolonger la durée des injections sur la muqueuse uréthrale (jusqu'à 30 minutes) et d'épargner ainsi aux malades la répétition fréquente des injections.

Si le malade fait plusieurs injections consécutives de 5 à 10 minutes (pour atteindre une durée de 30 minutes), il se produit souvent aussi une détente dans la résistance du sphincter et par suite, comme l'auteur a été à même de le constater, une irrigation efficace et un traitement de la blennorrhagie postérieure.

Voici la manière de faire de l'auteur : Au début on fait chaque jour trois injections immédiatement après la miction. Pendant deux de ces trois injections on ne laisse le liquide que 5 minutes dans l'urèthre ; mais la troisième fois, on le laisse 30 minutes.

Très rapidement, souvent au bout de peu de jours, on peut limiter le traitement à cette seule injection prolongée ; on peut, dans certains cas, faire les deux autres injections avec des liquides ou des mélanges astringents, par exemple 2 1/2 p. 100 de bismuth, ou 2 1/2 p. 100 de thioforme ou 2 p. 100 de xéroforme. On commence de préférence avec des solutions de 1/4 p. 100 de protargol et on s'élève très rapidement à des concentrations de 1/2 à 1 p. 100. A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie (A contribution to the treatment of gonorrhœa), par Hermann Goldenberg. *New-York medical Journal*, 22 janvier 1898, p. 119.

L'auteur a expérimenté avec succès le nouveau composé d'argent préconisé récemment par Neisser, le protargol. Le protargol est une poudre jaune, soluble dans l'eau, contenant 83 p. 100 d'argent. Les solutions ne sont précipitées ni par les albuminoïdes, ni par les alcalis, ni par les acides, il en résulte que les solutions de protargol ont une grande puissance de pénétration.

Goldenberg a traité une soixantaine de malades par les injections de protargol à 1 p. 100 renouvelées trois fois par jour. Chaque injection est retenue 10 à 15 minutes. Dans l'uréthrite postérieure, on peut faire des injections pénétrantes avec une grosse seringue ou des instillations, avec la solution de protargol à 1/2 ou 1 p. 100. Les injections ne sont nullement douloureuses. Il faut les continuer un certain temps après que les filaments ont disparu de l'urine. L'auteur a également expérimenté avec un certain succès des insufflations de protargol pur et des applications intra-uréthrales d'une pommade contenant : lanoline 95, huile d'olives 5, protargol 10.

En résumé, il trouve qu'aucune substance ne donne des résultats aussi uniformément bons dans le traitement de la blennorrhagie. W. D.

Les onguents médicamenteux dans le traitement de la blennorrhagie (Gli unguenti medicati nella cura dell' ureterite blenorragica), par Pitruzella. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 4, p. 42.

L'auteur a traité 60 blennorrhagies par les pommades à base de lanoline, à l'ichtyol, à l'acétate de plomb, au sulfate de cuivre et au nitrate

d'argent, introduites au moyen du porte-onguent de Tommasoli. Il conclut de ses essais que le traitement par les pommades est le meilleur traitement des uréthrites chroniques, qu'il doit être préféré à tous les autres modes de traitement, en raison de son innocuité, de la persistance d'action des médicaments introduits sous cette forme et de leur pénétration dans les glandes sous l'influence des contractions uréthrales provoquées par le contact de la sonde et de la pommade, et parce que cette méthode associe à la présence de topiques l'action mécanique de la sonde et la dilatation graduelle utile contre les rétrécissements en voie de formation ou déjà existants. Cette méthode a encore l'avantage de ne pas nécessiter de soins trop répétés, les applications ne se faisant qu'une fois par jour ou tous les deux jours. G. T.

Traitement de la blennorrhagie. (Zur Therapie der Blennorrhoe), par Spietschka. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XL, p. 245.

L'auteur a employé dans la clinique du professeur Pick, à Prague, les solutions de chlorure d'argent recommandées par Behring dans le traitement de la blennorrhagie. Voici la solution indiquée par ce dernier auteur : chlorure d'argent récemment précipité, 1 gramme tenu en solution par 10 à 15 grammes d'hyposulfite de soude. Le traitement fut appliqué sous forme d'irrigations renouvelées trois fois chaque jour. La pression était réglée suivant qu'il s'agissait d'agir sur la partie antérieure ou sur la partie postérieure du canal. La concentration indiquée par Behring, à savoir 1 p. 7500, fut reconnue trop faible. On augmenta peu à peu les concentrations, 1 p. 400 et 1 p. 200 avec lesquelles on put constater une action favorable. Ces concentrations furent très bien tolérées par les malades.

La série d'expériences comprenait 65 cas d'uréthrites chez des hommes, 49 aiguës et 16 chroniques.

Dans les uréthrites aiguës on ne fit pas en général d'irrigations pendant la première période, la plus aiguë, mais on attendait le décours de l'irritation.

Des expériences faites par l'auteur il résulte que, dans un petit nombre de cas, la solution de Behring a une action favorable surprenante comme agent curatif contre la blennorrhagie de l'homme ; dans le plus grand nombre de cas, son action est douteuse; souvent même après des semaines elle ne donne pas de résultats ou on ne peut pas l'employer en concentration nécessaire, parce qu'elle est mal tolérée. En résumé, selon Spietschka, on peut essayer cette solution dans les cas appropriés, mais elle ne saurait prendre une place importante parmi les remèdes employés régulièrement contre la blennorrhagie. A. Doyon.

Thermothérapie de la blennorrhagie (Sulla termoterapia della blenorragia. Irrigazioni a temperature elevate con acque medicate), par L. Callari. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. VI, p. 674.

L'auteur, continuant ses recherches sur ce sujet (voir *Annales de dermatotogie*, 1896, p. 1500) a traité 50 cas de blennorrhagie (30 uréthrites antérieures aiguës, 5 uréthrites antérieures subaiguës, 8 uréthrites antérieures chroniques, 7 vulvo-vaginites) par les irrigations de solutions médicamenteuses (permanganate de potasse, sous-nitrate de bismuth,

tannin, sulfate de zinc, sulfo-phénate de zinc, sulfate de cuivre, salicylate de soude, nitrate d'argent), à température de 40 à 43°, prolongées pendant 15 à 20 minutes. Les solutions qui agissent le mieux sont celles de sulfate de zinc, puis le tannin et le permanganate dans l'uréthrite aiguë, celle de bismuth dans quelques cas d'uréthrite subaiguë et celle de permanganate dans l'uréthrite chronique et dans les vulvo-vaginites.

L'auteur conclut que la chaleur exerce une action microbicide sur le processus blennorrhagique, et en outre modifie les tissus en augmentant leur résistance organique ; l'irrigation exerce par elle-même une action détersive ; les solutions médicamenteuses activent par leur action chimique astringente le processus de réparation du tissu malade. G. T.

Traitement de la blennorrhagie (Zur Behandlung der Blennorrhoe), par Stark. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1897, t. XXV, p. 615.

Dans le traitement de la blennorrhagie antérieure aiguë, l'auteur n'a pas eu à se louer de l'emploi de l'airol ; dans huit cas, il n'a pas une seule fois réussi à faire disparaître les gonocoques d'une manière durable, malgré l'emploi assez prolongé de l'émulsion d'airol. L'écoulement cessait assez rapidement, mais dans les filaments on trouvait toujours des gonocoques ; l'injection serait d'autre part douloureuse. Chez un jeune malade, auquel l'auteur avait prescrit pour une blennorrhagie des injections avec l'émulsion d'airol, il survint au bout de deux jours un léger coryza et une forte tuméfaction avec rougeur des paupières ; tous ces symptômes disparurent au bout de peu de temps et sans aucune médication, après la cessation des injections.

L'ichtyol lui a, au contraire, donné de très bons résultats, parfois il fait disparaître très rapidement les gonocoques et agit en outre comme antiphlogistique. Il n'a observé qu'une seule fois une idiosyncrasie contre l'ichtyol.

Il regarde provisoirement l'argonine comme le meilleur antiblennorrhagique, il fait disparaître les gonocoques en très peu de temps et ne provoque jamais d'irritation. Quant au protargol, récemment préconisé par Neisser, il n'a pas encore une expérience suffisante pour pouvoir apprécier son efficacité.

Selon Stark, les irrigations de Janet ne seraient pas plus efficaces que les autres injections. Malgré les remèdes nombreux et très bons que nous avons à notre disposition, il y a cependant quelques cas de blennorrhagie antérieure chronique qui semblent résister à tous les traitements. Pendant cette dernière année, l'auteur a eu à traiter six cas de ce genre Dans tous les six il a réussi à obtenir, dans l'espace de huit jours, une guérison complète en combinant les lavages de Janet et les injections d'argonine. Chaque jour, lavage Janet de la partie antérieure de l'urèthre avec un litre d'une solution chaude de permanganate de potasse, d'abord 0,5 p. 1000, les deux jours suivants on portait la dose à 0,25, de sorte que dès le troisième jour et les jours suivants les lavages étaient faits avec une solution à 1 p. 1000. Outre ces lavages, on avait prescrit aux malades de faire trois fois par jour des injections avec une solution d'argonine à 2 p. 100 gr.

Stark attribue les résultats favorables de ce traitement à ce que les lavages Janet déterminent le relâchement de la muqueuse qui favorise la pénétration de l'argonine et par suite une destruction plus facile des gonocoques. A. Doyon.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique.

Les injections intra-veineuses de sublimé dans le traitement des localisations séreuses et articulaires de la blennorrhagie (Le injezoni endovenose di sublimato corrosivo nella cura delle localizzazioni sierosi ed articolare del virus blenorragico), par L. Levi. *Riforma medica*, 9 octobre 1897, p. 88.

Jeune homme atteint depuis 2 mois et demi d'uréthrite blennorrhagique et depuis 8 jours d'arthrite des articulations du tarse droit avec synovite des tendons extérieurs. Dès la nuit qui suivit la première injection intra-veineuse de 1 milligr. de sublimé, cessation presque complète des douleurs et chute de la température qui s'élève de nouveau le lendemain. Les jours suivants, injections intra-veineuses à doses croissantes jusqu'à 5 milligrammes et désinfection soignée de l'urèthre. Guérison complète et rapide des lésions articulaires et séreuses. G. T.

Adénopathies dans les uréthrites.

Adénopathies à la suite d'infections uréthrales chez l'homme (Adeniti linfatiche che si possono verificare per infezioni da dentro l'uretra maschile), par C. Blasi. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, janvier 1898, p. 3.

L'auteur rapporte neuf observations d'adénopathies inguinales développées au cours d'uréthrites chroniques, dont quatre chez des sujets syphilitiques.

Dans un cas, chez un sujet non syphilitique, il a examiné les ganglions après ablation. Ils renfermaient, tant dans la zone corticale que dans la zone médullaire, des follicules tuméfiés, de coloration jaune grisâtre, de consistance presque gélatineuse, entourés de tissu induré rosé ou d'un rouge hémorrhagique. A l'examen histologique, on constatait des foyers purulents dans quelques sinus lymphatiques, une hyperplasie du réticulum connectif, sous forme de longues jetées et de ramifications dichotomiques dans l'intérieur des follicules ; dans quelques points il y avait des foyers de dégénérescence hyaline ; dans les parois des vaisseaux et dans les tissus périvasculaires, il y avait une exsudation de matière amorphe et transparente ne réagissant pas à l'iode ni à l'éosine. Les cultures faites avec les filaments de l'urine, avec les exsudats purulents de la région inguinale et des ganglions donnèrent toutes un staphylocoque.

L'auteur pense que les adénites accompagnant la blennorrhagie chronique sont la conséquence d'infections par des microbes pyogènes, lesquels pénètrent dans les lymphatiques grâce aux altérations de la muqueuse uréthrale ; cette pénétration a lieu principalement au niveau de l'urèthre membraneux, où le pus séjourne plus facilement et où l'absorption est plus facile. G. T.

Chancre simple du col utérin.

La forme diphtéroïde du chancre simple du col utérin (Ueber die sogennante diphtheroïde Form des venerischen Geschwürs au dem Cervix uteri), par C. Rasch. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 17.

Le chancre mou du col utérin est assez rare. L'auteur en rapporte trois cas.

Le premier concerne une femme de 36 ans dont le mari avait, trois semaines auparavant, contracté un chancre du frein avec bubon de chaque côté. Au spéculum on trouva sur le col une affection caractérisée par des élevures papuleuses en groupes, à surface finement granuleuse, de couleur jaune, de la grosseur d'un pois. Pas d'ulcérations sur les parties génitales externes. L'examen d'un fragment excisé montra qu'on avait affaire à une infiltration diffuse et considérable de cellules rondes, sans trace de néoformation épithéliale; on avait pensé à un épithéliome au début. Une auto-inoculation donna lieu à un chancre simple typique. La recherche du bacille de Ducrey ne donna pas de résultat, la préparation étant restée huit jours dans l'alcool.

Dans le deuxième cas, chancres folliculaires multiples génitaux et périgénitaux et sur le col, ulcération sanguinolente un peu saillante, de la dimension d'une pièce de deux francs. L'inoculation de cette plaie détermina un chancre mou typique.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 43 ans; contagion trois semaines auparavant. Sur les parties génitales et périgénitales 13 chancres mous typiques de dimension variable; sur le col de l'utérus, ulcération. Auto-inoculation positive. L'auteur termine son article par une étude sur le diagnostic différentiel et passe en revue les différents travaux publiés sur ce sujet. A. Doyon.

NÉCROLOGIE

Professeur Ernest Schwimmer.

C'est avec une profonde douleur que nous avons appris la mort d'Ernest Schwimmer, professeur de dermatologie à l'Université de Budapest, président de la Société hongroise de dermatologie et d'urologie.

Successivement privat-docent en 1871, professeur extraordinaire en 1879, Schwimmer avait pu, non sans de grandes difficultés, organiser l'enseignement dermato-syphiligraphique à Budapest.

Parmi les nombreuses publications dans lesquelles s'est traduite sa grande activité scientifique et qui laisseront une trace durable de son talent d'observateur, il convient de rappeler tout particulièrement une très importante monographie sur la leucoplasie buccale (1878), une étude sur les dermatoses névropathiques (1883) pleine d'aperçus nouveaux qui marqua une étape dans l'histoire des dermatoneuroses, une série d'articles sur les névroses cutanées, les hémorrhagies et les néoplasmes de la peau dans le *Ziemssen's Handbuch*, un rapport sur la nature de l'eczéma lu au Congrès de Rome, plusieurs mémoires parus dans l'*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis* dont il était l'un des directeurs.

Schwimmer comptait parmi les dermatologistes les plus unanimement appréciés, et, en France particulièrement, il avait conquis de nombreuses amitiés ; son caractère ouvert, son aménité, attiraient vers lui et lui assuraient dans les congrès internationaux l'accueil le plus sympathique.

A peine âgé de 61 ans, il avait célébré le 12 décembre dernier son jubilé professoral et avait reçu à cette occasion de nombreux témoignages de l'estime de ses collègues et de la reconnaissance de ses élèves.

Moins de 3 mois après, le 25 février, il succombait, emporté par une courte maladie.

G. T.

NOUVELLES

Congrès de la Société allemande de dermatologie.

Le sixième congrès de la Société allemande de dermatologie se tiendra à Strasbourg les *31 mai, 1er et 2 juin.* En voici le programme provisoire :

Question principale : **De l'Acné, pathologie et traitement.** — *Rapporteurs :* MM. Touton et Veiel. Inscrits pour la discussion : MM. Isaac, Petersen, Ullmann, W. A. Freund, Wolff.

Dermatologie.

Buschke : Des maladies occasionnées par les champignons de levure et d'autres mycodermes (blastomycose).

Caspary : De la dermatite exfoliatrice généralisée.

Wolff : Acanthosis nigricans (dystrophie papillaire et pigmentaire). — Deux cas de lèpre. — Pemphigus chronique. — Porokératose. Eczéma tropho-neurotique. — Lichen plan sur le trajet du nerf radial.

Madelung : Traitement de l'anthrax.

Kromayer : Quelques nouveaux médicaments réducteurs.

Neumann : De l'atrophie idiopathique de la peau.

Joseph : De la sarcomatose cutanée.

Heller : Contributions à l'anatomie pathologique de quelques affections des ongles. — Pathologie des ongles.

Herxheimer : La structure du protoplasma de la cellule épidermique humaine.

Tauffer : Du prurigo de Hebra. — Étude histologique sur le gonflement des ganglions lymphatiques dans quelques dermatoses.

Lassar : Le traitement de l'acné.

Freund W. H. : La peau chez les femmes enceintes et chez les femmes affectées de maladies des voies génitales.

Rille : Sur le traitement du psoriasis.

Touton : Sur les tuberculides de Darier.

Fabry : Un cas de purpura hémorrhagique noueux.

Blaschko : De l'acné iodique.

Arning : Sur une modification particulière des troncs nerveux dans certains cas de lèpre.

Kulisch : Contributions à l'étude des dermatoses médicamenteuses.

Scharff : Traitement du psoriasis.

Jadassohn : Démonstration pour servir à l'histologie de la lèpre. — Traitement des tuberculides.

Heuss : Des formes anomales d'ichtyose. — Xeroderma pigmentosum.

Reichel : Sur le traitement du lupus érythémateux. — Cas d'ichtyose à localisation anormale.

Adrian : Dermatolyse bulleuse. — Lichen plan. — Xanthélasma. — Folliculite sclérotisante de la nuque. — Sclérodermie unilatérale.

Friedheim : Démonstration microscopique.

Van Marschalko : Contributions à l'histologie des nerfs cutanés.

Neuberger : De la symptomatologie et du diagnostic du lichen plan.

Wolff : Démonstration d'une nouvelle lancette à vaccin.

Isaac, von Zeissl, Rona, Eichhoff, Chotzen, Krösing : sujets réservés.

Brandt, Jacoby : Présentations de malades.

Syphilidologie.

Kromayer : Proposition concernant une loi contre la syphilis.

Neumann : Sur la sclérose initiale du col de l'utérus.

Blaschko : La distribution de la syphilis en Allemagne.

Vénéréologie.

NEISSER : Nouvelle communication sur le traitement au protargol.

SCHUSTER : Sur le traitement du rhumatisme blennorrhagique.

MILLITZER : Démonstration d'un appareil s'adaptant à l'endoscope de Casper pour en augmenter l'intensité lumineuse.

SEDLMAYER : Les progrès du traitement de la gonorrhée depuis le congrès de Prague.

KUZNITZKY : Présentation d'un agrandissement plastique du moule de la muqueuse uréthrale d'un fœtus de 6 mois.

BLASCHKO : Faut-il tenir compte de la blennorrhagie dans l'examen et le traitement des prostituées ?

HARTTUNG : De l'épididymite blennorrhagique.

ARNING : Contribution au traitement de l'ulcère mou.

LESSER : Sciatique blennorrhagique.

KULISCH : Le traitement de la blennorrhagie par le protargol.

SAALFELD : Sur les glandes de Tyson.

WESTBERG : Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

NEUBERGER : Sur l'examen des filaments dans la blennorrhagie chronique.

WOLFF : Un nouvel irrigateur pour les lavages vésicaux.

Prix de Dermatologie.

Le prix de dermatologie de 300 marks, proposé par M. le Dr Unna, pour 1897, n'a pas été donné. La même question est proposée pour 1898 et le prix est porté à 600 marks (750 fr.). La question est la suivante :

Jusqu'à quel point toutes les colorations spécifiques de l'élastine, indiquées jusqu'à présent, peuvent-elles aussi colorer l'élacine ?

Le concours n'est pas limité. Les mémoires seront reçus, jusqu'au commencement de décembre 1898, à la librairie Léopold Voss, à Hambourg, Hohe Bleichen, 34. Les mémoires doivent être accompagnés d'une devise qui doit être reproduite sur l'enveloppe d'une lettre accompagnant l'envoi et renfermant à l'intérieur le nom et l'adresse de l'auteur.

Les professeurs Hoyer (Varsovie), Krause (Berlin) et Stöhr (Wurzbourg) ont bien voulu accepter d'être les juges du concours.

Le Dr S. MENDES DA COSTA, privat docent, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine d'AMSTERDAM.

Le Dr RESPIGHI, libero-docente à la Faculté de Bologne, est nommé libero-docente de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de PISE.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE
SUR LE LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA CAVITÉ BUCCALE

Par MM. **L. Brocq** et **Léon Bernard**.

(*Pl. I.*)

Le 18 octobre 1897 notre excellent ami M. le Dr Châtellier nous adressa à notre consultation dermatologique de l'hôpital Broca-Pascal un jeune homme de 17 ans, atteint depuis son enfance d'une lésion de la langue et du voile du palais que nous n'eûmes aucune difficulté à reconnaître immédiatement pour un lymphangiome circonscrit. L'aspect de la néoplasie était en effet absolument typique avec ses vésicules transparentes ou purpuriques qui lui donnaient une apparence mûriforme. Ce cas nous parut intéressant, surtout en raison de sa localisation. Nous le présentâmes en novembre 1897 à la Société de dermatologie et nous nous mîmes à étudier de près cette curieuse affection.

Nous n'avions tout d'abord l'intention que de publier notre fait avec un examen histologique un peu approfondi. Mais en recherchant les divers travaux déjà parus nous avons été frappés de voir combien l'histoire des productions morbides développées aux dépens du système lymphatique est encore entourée d'obscurités. D'une part, on a décrit sous le nom commun de lymphangiome des faits totalement différents les uns des autres, et d'autre part on discute encore sur l'origine lymphatique et la nature néoplasique de faits qui semblent pourtant bien appartenir à ce groupe de tumeurs.

Il n'est nullement étonnant que cette question ne soit pas encore mise au point : les cas de lymphangiome sont en effet d'une extrême rareté, et l'interprétation des divers documents cliniques et histologiques qui ont été jusqu'ici publiés sous ce nom présente de réelles difficultés.

Nous avons donc été peu à peu amenés à faire une étude d'ensemble de ces néoplasies, et nous nous y sommes d'autant plus volontiers décidés qu'il n'existe pas encore un seul mémoire français dans lequel ce sujet ait été traité d'une manière quelque peu approfondie.

Nous ne pouvons pas d'ailleurs, dans cet article forcément limité, traiter à fond de toutes les néoplasies qui ont été décrites sous le nom de lymphangiomes.

Virchow (1) qui s'est occupé le premier de ces tumeurs ne possédait pas de documents suffisants. Le premier travail d'ensemble important est celui de Wegner (2) qui divisa les lymphangiomes au point de vue anatomo-pathologique en : 1° Lymphangiomes simples ; 2° Lymphangiomes caverneux ; 3° Lymphangiomes cystoïdes. Mais, malgré ces sérieuses tentatives de classification, les caractères étiologiques, cliniques et histologiques de ces lésions n'étaient peut-être pas encore assez nettement définis, car une certaine confusion continua à régner dans les esprits à leur sujet.

Certains auteurs firent rentrer dans ce groupe des productions morbides peu comparables entre elles et qui n'avaient comme caractère commun que de s'être développées aux dépens du système lymphatique. C'est ainsi qu'en 1888 dans un mémoire sur les varices lymphatiques et les lymphangiomes, Chipault (3) décrivait tous les cas pouvant se rapporter à ces deux affections qu'il confondait et réunissait dans un seul et même groupe morbide ; il distinguait : 1° Les dilatations des ganglions (adénolymphocèles) ; 2° Les dilatations des troncs superficiels ou profonds ; 3° Les dilatations des réseaux dermiques ou profonds. Cette classification purement anatomique tenait encore moins compte que la précédente des différences cliniques, étiologiques et même histologiques qui existent entre les diverses affections qu'elle comprenait.

Or il en est une parmi elles que les dermatologistes ont bien nettement individualisée, et que les auteurs anglais ont décrite les premiers sous le nom de *lymphangiome circonscrit* ; elle a été rangée par Wegner dans ses lymphangiomes caverneux, par Chipault dans ses dilatations des réseaux dermiques. Le cas que nous venons d'observer en est un exemple des plus rares, développé sur la muqueuse buccale, et c'est à cette variété de lymphangiome que nous allons limiter cette étude.

Ce travail se divisera donc en trois parties :

Dans une première partie nous exposerons rapidement l'état actuel de nos connaissances sur le lymphangiome circonscrit de la peau.

Dans une deuxième partie nous étudierons complètement le lymphangiome circonscrit des muqueuses en prenant pour point de départ notre cas personnel.

Dans une troisième partie nous discuterons la nature réelle de cette affection et les diverses théories qui ont été émises à son sujet.

(1) Virchow. *Ueber die krankhaften Geschwülste*, 1867, Bd III, p. 487.
(2) Wegner. Ueber Lymphangiome. *Langenbeck's Archiv*, 1876, Bd XX, p. 643.
(3) Chipault. Varices lymphatiques et lymphangiomes. *Gaz. hôp.*, 1888.

PREMIÈRE PARTIE

Le lymphangiome circonscrit de la peau.

HISTORIQUE

Le 1er cas de lymphangiome circonscrit de la peau qui ait été décrit a été publié par Tilbury Fox et Colcott Fox (1); il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans qui présentait une éruption de vésicules claires localisées aux cuisses et à la région périnéale; elles s'étaient formées progressivement depuis les premiers mois de sa vie; cette observation fut publiée en 1879 sous le nom de « *lymphangiectodes* ».

L'année suivante, Hutchinson (2) rapporta à la Société de pathologie de Londres deux cas analogues : le premier était celui d'un jeune garçon de 10 ans, offrant au menton une éruption d'éléments composés de la réunion de vésicules remplies de liquide clair, à la surface desquelles rampaient des touffes de capillaires variqueux; le second malade était un enfant de 6 ans, qui présentait à l'épaule gauche la même éruption de vésicules tantôt claires, tantôt teintées de sang, indolentes et sans la moindre réaction inflammatoire, à aucun moment de leur évolution. Hutchinson crut pouvoir penser au lupus en présence de cette affection qu'il dénomma *lupus lymphaticus*. Il en publia peu de temps après un 4e cas (3).

En 1883, Köbner (4) fait connaître le 1er cas observé en Allemagne.

En 1889, Colcott Fox (5) en publie un nouveau sous le nom de *lymphangiectasis*.

La même année, Malcolm Morris (6) fait paraître dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, fascicule I, une intéressante observation sous l'étiquette de *lymphangiome circonscrit:* la malade était une enfant de sept ans; les lésions siégeaient au niveau de la région scapulaire gauche, et elles étaient formées par des amas de vésicules qui paraissaient verruqueuses à un examen superficiel. On ne put pas faire d'étude histologique de ce cas; mais pour combler en partie cette lacune l'auteur relate dans son article les conclusions du

(1) TILBURY FOX and COLCOTT FOX. Lymphangiectodes. *Path. Soc. Transact.*, vol. XXX, p. 470, 1879.
(2) HUTCHINSON. *Transact. Path. Soc.*, vol. XXXI.
(3) HUTCHINSON. Infectiv lymphangioma. *Illustr. of clinical surgery*, vol. I.
(4) KOBNER. *Verhandlungen d. Berlin. med. Gesellschafft*, 1883, p. 139. Analyse in *Ann. Derm. et Syphil.*, V, 1884, p. 293.
(5) C. FOX. Lymphangiectasis. *Illustr. med. News*, 1889, p. 73.
(6) MALCOLM MORRIS. Lymphangioma circumscriptum. *Atlas international des maladies rares de la peau*, n° 1, 1889.

Dr Sängster à propos des deux premiers cas d'Hutchinson. Cet histologiste « trouva dans la couche papillaire du derme, des espaces ampul-« laires allongés dont l'extrémité la plus étroite était dirigée en « bas. Quelques-uns de ces espaces étaient vides, d'autres étaient « partiellement ou entièrement remplis d'une substance granuleuse « amorphe renfermant un petit nombre de leucocytes. Des espaces « plus petits et de forme plus régulière, présentant l'apparence de « vaisseaux lymphatiques dilatés, étaient situés dans les parties plus « profondes de la peau ».

« Quant à la nature de ces espaces, le Dr Sangster pense que les « plus profonds étaient des canaux naturels dilatés (lymphatiques ?) « tandis que les cavités superficielles, irrégulières, paraissaient être « véritablement lacunaires et provenir peut-être de la distension et « de la rupture des espaces lymphatiques de la couche papillaire du « derme. »

Parlant ensuite des cas de cette affection qui ont déjà été publiés, le Dr Malcolm Morris dit que les Drs Radcliffe Crocker et Hayes, puis M. Walsham en ont montré quatre cas à la Société médicale de Londres. L'auteur termine son article par une courte réfutation des idées d'Hutchinson qui veut rapprocher cette maladie du lupus.

En 1890, Finch Noyes et Török (1) dans un mémoire fort remarquable, reprennent l'étude de tous les cas antérieurs, en s'appuyant sur un fait personnel, bien observé. La question entre alors dans une phase nouvelle, et le lymphangiome circonscrit prend droit de cité parmi les tumeurs de la peau. Ces auteurs montrent que le processus morbide se développe aux dépens des vaisseaux lymphatiques, et qu'il consiste en une véritable néoplasie de l'endothélium lymphatique avec néoformation de cavités lymphatiques, qui se dilatent.

Discutant et comparant entre eux les faits qui se rapprochent du leur par leurs caractères cliniques et histologiques, ils rangent dans un seul et même groupe tous les cas que nous venons de relater, et ils leur donnent le nom de lymphangiome capillaire variqueux de la peau, pour les distinguer d'autres faits également décrits sous la dénomination de lymphangiome, par Kaposi (2), Pospelow (3), Van Harlingen (4), et qui en diffèrent totalement. Nous avons déjà déclaré que nous ne nous occuperions pas de ces dernières catégories de

(1) Finch Noyes und Török. Lymphangioma circumscriptum (Lymphangioma capillare varicosum). *Monatshefte f. prak. Dermatol.*, Bd XI, 1890, p. 51.

(2) Kaposi. Lymphangioma tuberosum multiplex. *Lehrb. d. Hautkrankheiten*, et *Path. des mal. de la peau.* Trad. Besnier et Doyon, 1891, II, p. 365.

(3) Pospelow. Lymphangioma tuberosum cutis multiplex. *Vierteljahresch. f. Dermat. u. Syph.*, 1879, VI, p. 521.

(4) Van Harlingen. *Diseases of the Skin*, 1888, p. 504.

lésions, nous limitant à l'étude de la première dans laquelle rentre notre cas.

Après ce travail de Noyes et Török parurent de nouvelles observations : en 1890, deux cas de Schmidt (1), à Berlin ; un de A. Jamieson (2) à Edimbourg ; en 1891, un cas d'Elliot (3) ; en 1892, un autre de Hartzell (4) ; ces différentes observations portaient l'étiquette de lymphangiome circonscrit.

Vers la même époque, de Smedt et Bock (5) (de Bruxelles) présentaient au Congrès de Berlin de 1890 une observation de lymphangiome circonscrit. En s'appuyant sur l'étude histologique qu'ils en avaient faite, ils crurent pouvoir mettre en doute la nature lymphatique de la néoplasie : pour eux, elle se serait développée aux dépens du système sanguin ; aussi proposèrent-ils pour cette affection le nom d'*angiome kystique de la peau*. En même temps, M. E. Besnier (6) démembrait le groupe du lymphangiome circonscrit des auteurs anglais, lymphangiome capillaire variqueux de Noyes et Török, et pour des raisons cliniques et histologiques sur lesquelles nous aurons bientôt à insister assez longuement, il considérait comme étant des pseudo-lymphangiomes les cas de Colcott Fox, de Schmidt, de Noyes et Török, et il pensait pouvoir en faire des hématangiomes. Dans une communication qu'il fit la même année en 1891 à la Société française de dermatologie, à propos d'un malade atteint de cette affection, M. le Dr Thibierge (7) soutint également l'opinion que « les faits de ce genre doivent être distraits du groupe assez confus auquel des dermatologistes anglais ont donné le nom de lymphangiome circonscrit ». Pour cet auteur, il s'agit de lésion en rapport avec le système vasculaire sanguin et non avec le système lymphatique.

Donc, dès ce moment, deux opinions contradictoires étaient en présence au sujet de cette affection, l'une soutenue par les auteurs anglais et allemands, d'après laquelle il s'agissait bien de lymphangiomes, l'autre appuyée de la haute autorité de M. E. Besnier, affirmant l'origine vasculaire sanguine de ces tumeurs. Nous aurons à discuter tout à l'heure ces deux théories.

(1) SCHMIDT. Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1890, p. 529.

(2) A. JAMIESON. Lymphangioma circumscriptum. *Edimb. med. Journ.*, 1890, p. 269.

(3) ELLIOT. *N.-Y. med. Record*, may 1891.

(4) HARTZELL. Lymphangioma circumscriptum. *The med. News*, january 1892.

(5) DE SMEDT et BOCK. Contribut. à l'étude du lymphangiome circonscrit. *Journal de la Soc. roy. des Sc. méd. et natur. de Bruxelles*, 1891.

(6) E. BESNIER et DOYON. Note in Trad. des *Maladies de la peau* de KAPOSI, 1891, II, p. 366.

(7) THIBIERGE. Un cas de lymphangiome circonscrit des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique). *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1891, II, n° 11.

Depuis cette époque de nouvelles observations ont été publiées; citons celles d'Adam (1), de Robinson (2), les 5 cas de Leslie Roberts (3), celui de Meissner (4), celui de Gilchrist (5), qui tous se rapportent par leurs caractères cliniques et histologiques (3 cas de Roberts ont été étudiés au microscope) à la description de Noyes et Török, qui peut servir de type.

Dans un second mémoire, paru en 1892, Török (6) a réfuté la théorie angio-hématogène de E. Besnier, Thibierge, de Smedt et Bock. Enfin tout récemment Freudweiler (7), à propos d'un cas personnel parfaitement bien observé, a repris à nouveau cette étude, et est arrivé à des conclusions analogues à celles de Török.

DESCRIPTION DU LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA PEAU

En s'appuyant sur toutes les observations indiscutables actuellement connues de cette affection, et sans rien préjuger de la nature réelle des lésions, on peut résumer ainsi qu'il suit ses principaux caractères.

Le lymphangiome circonscrit débute ordinairement dans les premiers temps de la vie par de petites vésicules, qui se groupent en placards, et restent d'abord isolées les unes des autres; puis elles se rapprochent au point de se confondre et de se conglomérer. Elles suivent une évolution en quelque sorte cyclique, et présentent des alternatives d'accroissement et de diminution pour aboutir en définitive à l'affaissement graduel, et à la résorption presque complète.

Leur forme est arrondie, globuleuse, assez régulière, parfois un peu ovalaire ou pyriforme : elles peuvent être aplaties latéralement par pression réciproque.

Leur aspect est celui de perles à contenu le plus souvent translucide et l'épiderme qui les recouvre est souvent épaissi, d'apparence verruqueuse; parfois il est aminci et semble n'exister qu'à l'état de fine pellicule transparente. Cette pellicule est presque toujours lisse et comme régulièrement tendue ; parfois elle est sillonnée d'une sorte

(1) ADAM. Lymphangiome circonscrit. *Brit. med. Journal*, déc. 1893.

(2) ROBINSON. The N.-Y. Dermat. Soc., sept. 1894. Analysé in *Ann. Dermat.*, 1895, p. 578.

(3) LESLIE ROBERTS. Five cases of lymphangiome. *The Brit. Journ. of dermat.*, VIII, n° 94..

(4) MEISSNER. Cysthygroma verrucosum. *Dermat. Zeitschrift*, 1895, p. 240.

(5) GILCHRIST. Two rare cases of diseases of the skin. *Hopkins Hosp. Bulletin*, 1896, p. 138.

(6) TÖRÖK. Ueber die kapillären Lymphangiome der Haut, etc... *Monatsh. f. Prakt. Dermat.*, Bd XIV, 1892, p. 169.

(7) FREUDWEILER. Lymphangioma circumscriptum seu cystoïdes cutis. *Archiv f. Dermat. u. Syph.*, Bd XLI, 1897, p. 323.

de fin carrelage, résultat de la conglomération de vésicules voisines qui ont constitué une vésicule plus grosse et cloisonnée.

Dans quelques cas, à la surface de certaines de ces vésicules, on voit ramper des touffes de capillaires sanguins ; mais il est bien plus fréquent de n'observer ces télangiectasies sanguines qu'à la base même des vésicules, sous leur plancher : on les aperçoit alors par transparence, sous la forme de points rouges, bleus ou violacés, situés d'ordinaire à la partie médiane du fond de la vésicule.

Le contenu de ces vésicules est parfaitement limpide; lorsqu'on les pique, il s'en écoule un liquide aqueux, présentant tous les caractères chimiques et histologiques de la lymphe, et qui sort en quantité plus abondante que ne semblait le faire prévoir la capacité approximative de la vésicule ponctionnée ; puis le liquide, d'abord clair, se mélange de sang ; et enfin, *l'écoulement s'arrête spontanément ;* il n'y a pas à proprement parler de lymphorrhée.

Mais assez fréquemment la néoplasie n'est pas seulement constituée par des vésicules transparentes : on y remarque aussi des vésicules rouges nettement hématiques, et quelquefois même de véritables nævi sanguins. C'est cette particularité qui a donné naissance aux erreurs d'interprétation que nous discuterons plus loin, et qui a conduit certains auteurs à considérer les lymphangiomes comme des tumeurs vasculaires sanguines. Freudweiler a démontré, comme nous le dirons tout à l'heure, que cet aspect était dû à la rupture des télangiectasies sanguines dans les vésicules claires.

Le lymphangiome circonscrit de la peau s'observe surtout au cou, à la racine des membres, supérieurs ou inférieurs, et vers la région génitale.

Il est indolent, et ne provoque de gêne fonctionnelle des parties atteintes qu'à un degré assez avancé de son développement. Aussi est-ce généralement entre dix et trente ans que les malades viennent consulter pour cette affection. Ajoutons que l'excision, qui a souvent été pratiquée, n'a jamais été suivie du moindre accident, et que les tumeurs ne récidivent pas sur place.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est réellement facile : les caractères objectifs que nous venons d'esquisser sont tellement pathognomoniques, qu'il suffit d'en avoir vu un exemple ou même un moulage ou un bon dessin pour reconnaître immédiatement le lymphangiome circonscrit. Dans le cas fort improbable où, après y avoir pensé on hésiterait, la congénitalité de la lésion, son développement graduel, sans la moindre réaction inflammatoire, l'absence de tout trouble du côté de la sensibilité, etc., permettront de lever tous les doutes.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les divers examens histologiques de lymphangiome circonscrit de la peau qui ont été publiés jusqu'ici sont assez exactement comparables entre eux et ils répondent bien à ce que fait prévoir l'analyse clinique macroscopique des lésions.

Le microscope démontre que les vésicules sont des cavités kystiques qui se développent dans le derme sous-papillaire, et qui peu à peu, grâce à leur accroissement progressif, envahissent même les papilles dermiques. Ces cavités sont revêtues d'un endothélium continu ; elles renferment une substance granuleuse et quelques leucocytes.

L'épiderme est refoulé par ces dilatations : il ne subit qu'un léger processus irritatif, qui se traduit : 1° par la prolifération des colonnes interpapillaires, lesquelles encadrent irrégulièrement les cavités kystiques, et 2° par un certain degré d'hyperkératinisation.

L'accord entre les divers observateurs est un peu moins parfait à propos des modifications que subit le derme : quelques-uns y ont noté l'absence de tout phénomène inflammatoire (Freudweiler) ; d'autres au contraire ont rencontré des amas de cellules embryonnaires, qui décèlent sans doute des inflammations secondaires ; il est probable qu'il ne s'agit dans ces cas que de véritables complications du lymphangiome pur. D'ailleurs il faut prendre garde de ne pas confondre avec des amas de cellules rondes inflammatoires, de lymphocytes, d'autres amas cellulaires qu'on voit souvent dans le derme, autour de capillaires sanguins, et qui sont constitués par des agglomérations de cellules endothéliales à noyau allongé ; ce sont des indices de la prolifération des endothéliums lymphatiques.

Le revêtement même des lacunes qui sillonnent le derme, se présente parfois sous l'aspect d'une couche pluricellulaire, et elle a dans ce cas cette même signification.

Les cavités kystiques qui sont plus superficielles, ont ordinairement un revêtement unicellulaire continu, lequel se prolonge sur les cloisons conjonctives minces et plus ou moins complètes, qui les divisent ; souvent dans le tissu conjonctif, formant la paroi de ces cavités, rampent des capillaires sanguins, variqueux, dilatés, gorgés de sang, dont la rupture se devine fatale par le simple examen histologique ; aussi rencontre-t-on des cavités qui renferment un mélange de matière lymphatique et de globules rouges, quelquefois même un véritable caillot sanguin. Ainsi sont expliqués par l'histologie les divers aspects macroscopiques de ces tumeurs.

Tel est le résumé assez précis de nos connaissances sur le lymphangiome circonscrit de la peau. Nous avons tenu à en retracer à grands traits l'histoire, afin d'avoir une base fixe pour l'étude et l'interpré-

tation du cas que nous avons observé et qui est surtout remarquable en ce que les lésions siègent sur la muqueuse buccale.

Certes nous n'avons pas la prétention de publier un fait unique : on verra dans ce qui va suivre que le lymphangiome circonscrit de la muqueuse linguale est déjà connu depuis assez longtemps. Mais on n'en a pas encore réuni les cas épars pour en dégager une étude synthétique, qui en montre l'identité avec le lymphangiome circonscrit de la peau. Certains auteurs sont même allés plus loin, et ils ont refusé au lymphangiome circonscrit la possibilité de siéger aux muqueuses ; c'est ainsi que Török rejette de son remarquable travail le cas de Schmidt, dont nous parlerons tout à l'heure, parce que celui-ci concerne un lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale et ne rentre pas dans le cadre du lymphangiome circonscrit de la peau. Et cependant entre ces deux localisations existe une similitude frappante, une identité absolue de caractères objectifs et de lésions histologiques, ce qui n'a d'ailleurs rien de surprenant : La muqueuse dermo-papillaire de la bouche et de la langue appartenant à la même famille embryologique que la peau, il est naturel de penser que toutes deux soient susceptibles des mêmes vicissitudes pathologiques et, en particulier, aptes aux mêmes néoplasies. Aussi bien le lymphangiome circonscrit se présente-t-il sur cette muqueuse et sur la peau avec des caractères identiques. On en trouvera la démonstration irréfutable dans la deuxième partie de ce travail.

DEUXIÈME PARTIE

Le lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale.

Voici tout d'abord le cas qu'il nous a été donné d'étudier et qui a été le point de départ de ce mémoire.

Observation personnelle

Description macroscopique. — G..., âgé de 17 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Broca le 18 octobre 1897, envoyé par le Dr Châtellier, pour demander notre avis à propos de lésions déjà anciennes de la langue et du voile du palais. Sur la face dorsale de la langue on voit, à gauche du raphé médian, s'étendant sur toute la moitié postérieure de l'organe, une tumeur allongée, de la forme générale d'un boudin, de 6 à 7 centim. de longueur. Elle forme une saillie de 1 centim. et demi environ au-dessus du niveau de la muqueuse normale. Ses contours sont assez peu nets ; quoiqu'elle ait une forme franchement globuleuse, la néoplasie se confond en somme assez insensiblement en dehors avec les parties saines ; en dedans elle descend à pic sur la ligne médiane.

Sa surface est irrégulière ; on y voit des bosselures variables dont

nous reparlerons. Elle présente en son milieu une sorte d'étranglement transversal, de grand sillon, qui la divise en deux parties principales : la partie antérieure est elle-même divisée par un petit sillon secondaire antéro-postérieur. La partie postérieure, d'ailleurs moins accessible à la vue, est fortement divisée par d'autres sillons plus accusés que le précédent ; en somme, toute la surface de la néoplasie offre des sillons secondaires qui la vallonnent en quelque sorte. Telle est la configuration générale de la tumeur.

Sa consistance est remarquable par sa dureté réellement ligneuse. La coloration générale est celle de la langue.

En l'examinant d'assez près, on remarque tout d'abord l'absence des papilles linguales normales. Mais on voit que sa surface est hérissée de petites bosselures inégales et irrégulières, à contours arrondis, à sommet aplati ou acuminé, et de volume variable : les plus petites sont véritablement miliaires, et ont l'aspect de grains de semoule ; les plus grandes atteignent les dimensions d'une petite lentille ; la plupart sont, comme volume, intermédiaires aux précédentes.

Sur les bords de la tumeur, ces bosselures sont isolées les unes des autres ; quelques-unes s'y érigent toutes droites. Sur la surface même de la tumeur, elles sont plus souvent groupées en forme de bouquets, ou simulent des mosaïques.

Les parois de certaines de ces vésicules paraissent assez épaisses et résistantes, d'autres au contraire semblent limitées par une pellicule translucide de la plus extrême minceur : quelques-unes ont leur surface libre parcourue de fins sillons qui leur donnent un aspect polyédrique, qui laisse deviner un cloisonnement intérieur.

Leur couleur est en général blanchâtre, opalescente ou claire ; les plus petites ressemblent à des grains de semoule, quelques-unes dont le contenu est franchement hémorrhagique, ont une teinte violacée. En les regardant avec une grande attention, on s'aperçoit que presque toutes les vésicules translucides présentent en leur centre un point hémorrhagique, qu'on distingue par transparence : ce caractère manque notamment sur les vésicules indépendantes du bord de la tumeur. En avant et à gauche de celle-ci, l'une de ces bosselures offre, par l'aspect de son contenu rouge noirâtre, étalé et à bords diffus, comme irradiés, l'image d'un nævus sanguin.

Sur le voile du palais, également à gauche et tout à fait en arrière, on distingue une infiltration en nappe de la même néoplasie : en voici la configuration et les limites approximatives : elle se termine *en avant* par une ligne indécise, *sur le côté interne* par une ligne plus nette qui en avant déborde de quelques millimètres la ligne médiane, puis recule en arrière en dehors et à gauche pour laisser indemne la luette, et enfin plonge dans le pharynx, en occupant la région des piliers du voile devenus méconnaissables ; *en dehors*, par une ligne sinueuse vers les confins des gencives et de la joue. Toute la partie postérieure de la tumeur palatine est composée de saillies mamelonnées d'un volume variable allant de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; elles sont contiguës, mais distinctes, translucides, ressemblant à des sortes de vésico-bulles à parois

polyédriques ; certaines d'entre elles sont nettement constituées par l'agglomération de bouquets de petits éléments perlés, les uns opalins, les autres hémorrhagiques. Toutes limitent la tumeur en arrière ou sur les côtés, et dessinent nettement ses contours à pic sur les parties saines du pharynx. En avant au contraire, ainsi que nous l'avons dit, la tumeur s'étale sans limites précises ; on reconnaît sa présence à la teinte du voile d'un rouge plus vif, et à l'existence de petits grains semblables à ceux de la langue, grains de semoule blanchâtres ou plus souvent violacés. A ce niveau, la consistance de la tumeur n'a rien de spécial ; en arrière au contraire les bourgeons proéminents donnent au toucher une sensation de dureté.

Cette tumeur n'est nullement douloureuse ni spontanément, ni à la pression ; elle n'empêche ni la mastication, ni la déglutition, ni la respiration, ni la phonation, ces fonctions ne provoquent pas de douleur, mais simplement un certain degré de gêne ; les aliments épicés ne causent pas de sensation pénible.

Le néoplasme est congénital ; à la naissance il était constitué par de « simples petits points imperceptibles », dit le malade, qui petit à petit se sont développés et agglomérés. La tumeur est devenue un peu gênante par son volume depuis l'âge de 12 ans. Actuellement elle continue à évoluer ; le malade affirme qu'à chaque changement de saison, elle subit une sorte de turgescence, qui dure trois semaines ; elle est alors entièrement violacée, puis elle s'affaisse et reprend l'aspect habituel que nous avons décrit. Ces sortes de poussées fluxionnaires se reproduiraient régulièrement quatre fois par an.

Depuis deux ans ces lésions ont été traitées sans résultat par l'ignipuncture ; ces interventions ont peut-être contribué dans une certaine mesure à développer ou tout au moins à exagérer la consistance si dure de la tumeur.

Les ganglions sous-maxillaires gauches sont augmentés de volume.

En faisant déshabiller le malade, on est frappé de la présence d'arborisations télangiectasiques disséminées sur presque toute la surface du corps. Elles sont surtout nettes, à la nuque et à la partie supérieure du dos, où elles dessinent des lignes flexueuses et rougeâtres ; mais elles existent également, plus discrètes, sur la poitrine et aux avant-bras ; aux membres inférieurs, elles sont bleuâtres, et elles s'y accompagnent de varices vraies caractéristiques.

Notons en outre un nævus verruqueux à la nuque, un autre à la poitrine, un nævus pigmentaire du dos, un nævus vasculaire à la face postérieure de la cuisse droite.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal.

Nous avons ponctionné à deux reprises des vésicules choisies sur les bords de la tumeur : il s'en est écoulé un liquide aqueux, jaune citrin, arrivant assez abondamment pour nous convaincre que la quantité retirée par la pipette dépassait notablement la capacité de la vésicule ponctionnée. Au bout d'un certain temps, le liquide se colorait de sang, puis il venait du sang en apparence pur. L'écoulement cessait bientôt de lui-même. En examinant au microscope la première portion de liquide obtenue, nous

avons reconnu la présence de leucocytes en grande quantité, de petites granulations, et enfin de quelques hématies. Ce qui nous a conduit à considérer ce liquide comme étant de la lymphe.

Nous avons essayé de traiter ce malade par l'électrolyse : l'ignipuncture a déjà été employée chez lui sans le moindre succès : les vésicules ont été modifiées d'une manière assez lente, mais manifeste ; elles se sont affaissées, et ont même diminué de nombre, de telle sorte qu'aujourd'hui — après 17 séances d'électrolyse négative — la surface de la néoplasie ne présente plus tout à fait l'aspect que nous lui avions décrit il y a trois mois, au moment où nous avons présenté le malade à la Société française de dermatologie (1). Mais la tumeur elle-même persiste, presque aussi volumineuse, certainement aussi dure sinon plus dure qu'au début du traitement ; les piqûres électrolytiques pratiquées avec des aiguilles longues, qui transfixaient la néoplasie dans toute son étendue, sont restées insuffisantes. Aussi avons-nous résolu depuis quelques semaines de l'extirper chirurgicalement par morcellement. Une première excision a déjà été faite, qui n'a été suivie d'aucun accident : nous n'avons vu se produire ni lymphorrhée, ni hémorrhagie, et la réunion s'est faite par première intention.

Histologie pathologique. — A deux reprises nous avons enlevé des vésicules superficielles ; nous avons aussi examiné le dernier fragment que nous avons extirpé, et son volume assez considérable nous a permis de faire une étude complète de cette tumeur.

Nous avons déjà vu en étudiant le lymphangiome circonscrit de la peau (première partie de ce travail) que les principales discussions qui ont eu lieu sur la nature de cette tumeur, ont porté sur son origine histologique, les uns lui attribuant une origine vasculaire lymphatique, les autres une origine vasculaire sanguine. Aussi avions-nous pensé pouvoir peut-être terminer ces controverses par un argument décisif en décelant la forme de l'endothélium des cavités par la nitratation ; dans ce but, nous avons nitraté par les procédés ordinaires une des vésicules enlevées, et nous avons appliqué à une portion du fragment excisé la méthode que le professeur Renaut (2) (de Lyon) a indiquée pour l'étude des lymphatiques de la peau. Nos deux tentatives ayant échoué, nous avons dû nous contenter de l'examen attentif d'une vésicule et du fragment récemment excisé, l'un et l'autre fixés dans un mélange chromo-mercurique, et inclus à la paraffine.

A un faible grossissement, on voit que la tumeur est entièrement recouverte par l'épithélium de la muqueuse linguale ; celui-ci revêt directement des cavités kystiques, développées dans la couche des papilles choriales, entre les colonnes interpapillaires de l'épithélium malpighien. Ces cavités sont de dimensions très variables ; elles sont d'autant plus vastes qu'elles sont situées plus près de la surface ; elles repoussent devant elles l'épithélium, qui les recouvre toujours, les encapuchonnant en quelque sorte.

(1) Brocq et Léon Bernard. Sur un cas d'hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais. *Ann. de dermatol.*, 1897, p. 1113.

(2) Renaut. *Tr. d'histologie pratique*, Paris, 1897, II, p. 43 (note 2).

Au-dessous de cette couche, on voit du tissu fibreux qui la sépare des fibres musculaires, visibles à la base des coupes. Au sein de ce tissu fibreux, existent de nombreuses lacunes, très irrégulières de formes, et de capacité en général inférieure à celle des cavités superficielles. Ce sont ces différents points de la coupe qu'il nous faut maintenant étudier en détail.

L'épithélium de la muqueuse (fig. I, 2; fig. II, 4) est formé de ses couches normales, mais il a subi un processus d'irritation chronique, se traduisant par de l'hypertrophie et de la kératinisation. En effet, ses assises cellulaires à type malpighien normal sont recouvertes par des lames cornées peu épaisses, et entre ces deux couches on en voit une troisième composée de deux ou trois strates de cellules aplaties, à noyau colorable, et à protoplasma granuleux prenant l'acide picrique du picrocarmin.

D'autre part, cet épithélium présente une prolifération extrême, s'enfonçant dans la profondeur en colonnes épaisses, qui envahissent le chorion et contribuent à diminuer le champ des papilles, lesquelles sont étouffées entre ces piliers cellulaires et les cavités kystiques. Celles-ci refoulent progressivement l'épithélium et le distendent en quelque sorte progressivement à mesure qu'elles se développent ; aussi les plus grandes sont-elles simplement revêtues à leur surface de deux ou trois assises cellulaires et de la lame cornée. Cet épithélium proliféré est d'ailleurs partout typique.

La zone papillaire du chorion n'a pas le même aspect dans les coupes de vésicules isolées, et dans celles du fragment de la tumeur. Dans les premières (fig. II) les papilles ont pour ainsi dire disparu : à leur place on voit ces grandes cavités kystiques, qui semblent communiquer les unes avec les autres, lorsqu'on suit les coupes en série, et qui ne sont séparées les unes des autres que par les prolongements de l'épithélium proliféré. Ce n'est qu'à la base même de la couche papillaire qu'on retrouve un peu de tissu conjonctif et les vestiges des papilles en quelque sorte étouffées.

En étudiant de près les cavités kystiques, on voit qu'elles ne sont pas toutes semblables : leur forme et leurs dimensions sont variables ; leur grand axe est généralement allongé, perpendiculairement à la surface de la tumeur ; mais plus proches de cette surface les plus dilatées sont plus ou moins arrondies. Leur contenu peut aussi varier : les plus grandes renferment une substance granuleuse, quelques globules blancs, et enfin vers leur partie basale (par rapport à la tumeur) des amas de globules rouges ; d'autres cavités plus petites sont exclusivement remplies de granulations, d'autres enfin de globules rouges.

La constitution de leur paroi est constante : elles sont limitées par un endothélium continu, dont on reconnaît aisément les noyaux plats, allongés, et qui est en général immédiatement juxtaposé à l'épithélium de la muqueuse ; quelquefois il en est séparé par de minces tractus conjonctifs ; et au sein de ces derniers on voit des traînées de globules rouges, enfermés dans une gaine endothéliale ; ce sont des capillaires sanguins, qui rampent le long des cavités kystiques, et qui paraissent prêts à y éclater. Enfin les grandes lacunes présentent à leur intérieur des cavités

secondaires, limitées par des cloisons, que les coupes permettent de voir sous la forme d'éperons, et qui sont constituées par une lame mince de tissu connectif tapissée sur ses deux faces par la couche endothéliale.

En suivant une série de préparations, nous avons pu voir sur un corps papillaire coupé perpendiculairement à son grand axe, les transformations successives qu'il subit et qui aboutissent à la production des cavités polykystiques. Sur les premières coupes, répondant par conséquent à la base de la papille, on voit ses vaisseaux sanguins et ses espaces ou vaisseaux lymphatiques, dont l'endothélium proliféré rend la lumière un peu indistincte. Les lumières dans les coupes suivantes deviennent de plus en plus nettes, de plus en plus larges, arrivent à se constituer en cavités, où se régularise l'endothélium pariétal; à la fin de la série, on voit un groupe confluent de ces cavités séparées entre elles par de simples cloisons, répondant à l'aspect clinique de vésicules à surface carrelée et à contenu translucide. D'ailleurs les coupes montrent que dans les cavités le contenu est purement granuleux et l'examen minutieux de ces séries de préparations prouve que les vaisseaux sanguins ne jouent aucun rôle dans le développement des cavités kystiques.

Dans les coupes qui ont été faites à travers le fragment de tumeur excisé (fig. I), l'aspect de la couche papillaire est un peu différent; *et peut-être est-il bon de faire remarquer que lorsque cette dernière biopsie a été pratiquée nous avions déjà fait subir à la néoplasie un assez long traitement électrolytique*. Quoi qu'il en soit, on rencontre encore ici dans quelques papilles les mêmes cavités kystiques avec leur même configuration; mais leur contenu est moins souvent hémorrhagique que dans les préparations que nous venons d'étudier: la plupart des cavités renferment des granulations et des leucocytes. Par contre, on observe presque toujours dans le voisinage des vaisseaux capillaires sanguins dilatés et gorgés d'hématies, situés le plus souvent à la base, sous le plancher même des vésicules. Toutes les papilles ne sont pas occupées par des kystes; un grand nombre d'entre elles présentent leur constitution habituelle, toutefois avec cette particularité qu'elles sont presque toujours parcourues dans toute leur hauteur par un vaisseau lymphatique des plus nets: ce vaisseau chemine le long de la papille, et est tapissé d'un endothélium à plusieurs couches de cellules dont la prolifération témoigne de la part active que prennent ces vaisseaux à la constitution des cavités. Nous en avons vu et représenté quelques-uns qui se terminaient par une extrémité renflée en massue, semblant représenter le premier stade de la dilatation kystique, et reproduisant assez nettement dans le sens longitudinal ce que nous avait montré la série des coupes transversales, dont nous avons précédemment parlé (fig. IV). Notons enfin que certains corps papillaires, au lieu de renfermer des cavités kystiques, ont l'aspect de véritables infarctus sanguins; leur tissu conjonctif est rempli d'hématies; ce sont de véritables foyers d'hémorrhagie intra-papillaire (fig. I, 5).

Dans les mêmes coupes, on peut étudier le tissu fibreux, qui constitue la base de la tumeur. Ses faisceaux et ses cellules ne présentent rien de particulier; mais il contient un assez grand nombre de lacunes de forme très irrégulière, et de capacité inégale; les unes sont bien isolées, les

autres rapprochées les unes des autres, au point de constituer par endroits une sorte de tissu caverneux ; elles sont toujours séparées les unes des autres par une couche conjonctive, plus ou moins mince. Leur paroi est constituée par des cellules endothéliales, dont on voit nettement sur les coupes les noyaux allongés et aplatis, ordinairement agglomérés en deux ou trois couches. Leur contenu est d'ordinaire exclusivement granuleux et leucocytique ; il est rare d'y voir des hématies, on n'y trouve jamais de véritables caillots sanguins.

Il ne semble pas exister de communication entre ces lacunes et les vaisseaux lymphatiques ; ceux-ci présentent un endothélium proliféré, souvent figuré en amas cellulaires, dont les éléments toujours de petit volume sont facilement reconnaissables à leur noyau allongé. Les vaisseaux sanguins, peu nombreux comparativement aux lacunes, paraissent normaux. Mais quelques-uns sont entourés de nodules de cellules embryonnaires, inflammatoires, dont nous avons rencontré deux ou trois amas sur la totalité de nos coupes.

Nous ne dirons qu'un mot des fibres musculaires, dont les plus superficielles ont été intéressées par nos coupes ; leur striation est peu nette ; elles ont un aspect vitreux, qui témoigne d'un certain degré de dégénérescence.

CONCLUSIONS DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DE NOTRE CAS

Si nous résumons maintenant les points principaux de cette analyse histologique, nous formulerons les conclusions suivantes :

1° Les cavités kystiques papillaires comme les lacunes sous-papillaires renferment de la lymphe ou du sang.

2° Leur paroi présente un endothélium proliféré.

3° L'endothélium des vaisseaux lymphatiques du chorion est également en voie de prolifération ;

4° Nos coupes (voir la planche annexée à ce travail, fig. IV) montrent avec la dernière évidence que les pseudo-vésicules de la néoplasie se forment aux dépens de ces vaisseaux lymphatiques qui prolifèrent d'abord, puis se dilatent.

5° Le rôle des vaisseaux sanguins est affirmé par leur présence à l'entour des kystes lymphatiques et par les foyers d'hémorrhagie intra-papillaire. Ceux-ci montrent que les vaisseaux peuvent se rompre au sein des papilles, comme les vésicules à contenu sanguin montrent qu'ils peuvent se rompre dans les kystes lymphatiques.

Ces données histologiques ainsi que l'aspect et l'évolution cliniques des lésions nous ont semblé concorder de tous points avec l'histoire du lymphangiome circonscrit de la peau, tel que nous l'avons esquissée au début de ce travail.

HISTORIQUE DU LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA MUQUEUSE BUCCALE

L'observation que l'on vient de lire n'est pas un fait unique. Le lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale a déjà été décrit; voici les principaux documents que nous avons pu recueillir sur cette curieuse lésion.

Le premier auteur qui ait attiré l'attention sur elle nous semble être Bryant, qui publia en 1882 l'observation que nous allons relater tout à l'heure. Toutefois M. Lannelongue (1), qui la cite dans son *Traité des affections congénitales*, en rapporte également une autre antérieure à celle-ci, mais qui jusqu'à lui avait passé inaperçue. Les voici toutes les deux, résumées, dans l'ordre chronologique de leur publication.

OBS. I (BALDY) (2). — Enfant nouveau-né : la cavité buccale était fort distendue, et ne pouvait se fermer, par suite de la présence d'une grappe de tumeurs de différentes grosseurs, situées sur la partie moyenne de la face dorsale de la langue. Elles en occupaient la plus grande partie et y faisaient une saillie notable. Elles ressemblaient d'une manière surprenante à une grappe de raisin non seulement par leur forme, mais aussi par leur teinte d'un jaune grisâtre; elles étaient comme recouvertes d'une pellicule délicate. Cette similitude était encore rendue plus grande par ce fait que les vésicules globuleuses qui les constituaient décroissaient en volume suivant la disposition particulière aux grappes de raisin.

OBS II (BRYANT) (3). — Il s'agit dans ce cas d'une petite fille qui présenta pendant sa première enfance un nævus de la langue absolument caractéristique. Cette lésion avait l'aspect et donnait la sensation d'une éponge vasculaire : elle formait une véritable tumeur, et de larges veines se dessinaient à sa surface; la masse se réduisait par la pression des doigts.

A six ans, la tumeur se modifia rapidement, perdit son état spongieux, devint ferme, plus dure en certains points qu'en d'autres, et prit l'aspect d'une agglomération de verrues vésiculeuses remplies de liquide clair ou sanguinolent. A l'âge de dix ans, la dégénérescence kystique était fort avancée, mais limitée à la partie supérieure de la langue; un gonflement indolore apparut à la région sous-maxillaire droite.

Cette évolution singulière fit que Bryant considéra cette maladie comme un nævus ayant subi une dégénérescence particulière. Et c'est sous la même étiquette que Butlin (4) fit connaître un cas semblable

(1) LANNELONGUE et MÉNARD. *Affections congénitales*, t. I, Paris, 1891.

(2) BALDY. Case of singular nævus maternus. *London medic. a. physic. Journ.* 1827, t. LVIII, p. 48.

(3) BRYANT. The surgical affections of the tongue. *Guy's Hospital Rep.*, 1882, t. XLI.

(4) BUTLIN. *Diseases of the tongue*, 1885.

(III), qu'il eut l'occasion d'observer. Cet auteur joint à sa description très courte une figure en couleurs, qui prouve de la manière la plus péremptoire qu'il s'agissait bien chez son malade de lésions absolument identiques à celles que présente le sujet que nous avons eu l'occasion d'étudier.

Enfin, Samter (1) publia dans ces derniers temps d'autres observations que nous allons résumer. Il est bon de faire remarquer que sous l'influence des travaux dont nous avons parlé dans la première partie de ce mémoire, il considéra ses cas comme des lymphangiomes.

Obs. IV (deuxième du mémoire de Samter). — Garçon de 11 ans, ayant depuis sa naissance sur la langue une petite excroissance d'abord du volume d'une tête d'épingle, puis qui grossit peu à peu. Dans ces derniers temps l'accroissement de la tumeur a été plus rapide; d'après le malade, elle présenterait des alternatives d'augmentation et de diminution; aux périodes d'augment, elle devient douloureuse.

État actuel : Au côté gauche de la langue, juste sur le bord, à égale distance de la base et de la pointe, se voit une tumeur à large base, en forme de champignon, s'élevant à peu près à 2 millim. au-dessus de la muqueuse voisine et du volume d'une petite cerise : sa couleur est identique à celle du reste de la langue; sa consistance est ferme. La surface est formée de très nombreuses petites papilles, entre lesquelles, à un examen plus approfondi, on remarque de très nombreuses vésicules grosses comme une tête d'épingle. En dedans de cette tumeur, près de la ligne médiane, on sent cachée sous la muqueuse linguale une nodosité dure, de la grosseur d'un noyau de cerise, au-dessus de laquelle la muqueuse est légèrement épaissie et blanchâtre. Pour le reste, la langue est tout à fait normale.

Excision au thermocautère. Guérison.

Examen microscopique. Le morceau enlevé était macroscopiquement et microscopiquement entièrement composé de cavernules sans paroi propre occupant la muqueuse, la sous-muqueuse, et même le muscle. En plusieurs endroits les cavernules subissent des changements de dimensions; sur leur paroi interne on voit çà et là des noyaux faire saillie. Les cavernules contenaient surtout une masse amorphe, légèrement granuleuse, où l'on trouvait quelques corpuscules lymphatiques isolés, çà et là du sang ; on ne pouvait voir nulle part les thromboses lymphatiques de Wegner. Quelques cavernules se trouvaient entre deux papilles, parfois légèrement affaissées. Quelques-unes étaient encore formées de cavernules plus petites par l'intermédiaire d'un tissu d'union constitué par des cellules étoilées : ces lacunes secondaires étaient remplies d'extravasations lymphatiques et sanguines. Dans les couches plus profondes, le tissu conjonctif présente une infiltration cellulaire plus abondante qui s'étend presqu'entre les fibres musculaires. En plusieurs points, surtout entre les papilles, on trouve des vaisseaux sanguins dans l'intérieur des cavernules. L'épithélium est un

(1) Samter. *Archiv f. klin. Chir.*, 1891, t. XLI, p. 829.

peu plus épais que normalement, cependant il n'a subi nulle part de multiplication atypique.

Obs. V (Samter) (1). — Fillette de 10 ans, pas d'antécédents morbides ni héréditaires, ni personnels. Sa mère, à l'occasion d'une légère angine, lui inspectant la cavité buccale, y remarqua une saillie aplatie qui siégeait au milieu de la partie postérieure de la langue. Il y avait là, à la racine de l'organe, presque sur la ligne médiane, une tumeur qui dépassait de 3 à 4 millimètres le niveau de la muqueuse voisine ; sa consistance était dure, elle était assez nettement circonscrite comme surface externe, mais elle se perdait dans la substance de la langue sans qu'on pût bien déterminer ses limites. A la lumière réfléchie, elle avait un aspect granuleux, quelques-unes de ses bosselures, grosses comme des têtes d'épingles, étaient transparentes. La malade n'éprouvait aucune gêne fonctionnelle. On ne tenta aucune médication.

Dans son mémoire, Samter rapporte encore trois observations de lymphangiome de la langue, mais qui semblent différer de l'affection à laquelle nous voulons limiter notre étude. En outre, nous y trouvons deux observations de tumeurs semblables à la nôtre au point de vue clinique et histologique, mais situées sur la muqueuse des lèvres.

Or, si nous ne voulons pas nous borner à étudier spécialement le lymphangiome circonscrit de la langue, mais si nous étendons nos recherches bibliographiques aux lymphangiomes circonscrits de toutes les muqueuses, nous aurons à relever encore d'autres cas. Nous venons de noter deux observations de Samter; il nous faut mentionner une observation de Schmidt (2) (lymphangiome circonscrit de la lèvre supérieure), une observation de Leroux (3) (face interne de la joue) qu'il rapporte dans sa thèse, ainsi que d'autres faits semblables au sien et qui ont été publiés par Labit (4) et par Moure (5).

Nous trouvons inutile de reproduire intégralement toutes ces observations dans ce mémoire déjà beaucoup trop étendu : disons seulement qu'elles sont absolument identiques à celles que nous venons d'analyser. Elles permettent donc, réunies à notre cas personnel, d'établir de la manière la plus formelle qu'il existe une affection des plus nettement définies comme origine congénitale, comme aspect clinique, comme lésions histologiques, digne du nom de lymphangiome circonscrit, qui a été déjà bien étudiée dans ses localisations cutanées, et qui peut aussi s'observer aux muqueuses de la langue, du voile du palais, du pharynx, des joues et des lèvres.

(1) *Loc. cit.*

(2) Schmidt. Beiträge zür Kenntniss der Lymphangiome. *Archiv f. Dermatologie u. Syph.*, 1890, nos 4 et 5, p. 529.

(3) Leroux. *Le lymphangiome de la cavité buccale.* Th. Bordeaux, 1893.

(4) Labit. *Rev. de laryngologie, d'otol. et de rhin.* In th. Leroux.

(5) Moure. *Ibid.*

RÉSUMÉ DES CARACTÈRES DU LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DES MUQUEUSES

Quand il siège sur les muqueuses, le lymphangiome circonscrit ne *diffère guère de celui de la peau* ni comme aspect, ni comme évolution. Comme celui de la peau, c'est une affection congénitale, caractérisée par la présence de vésicules de volume variable et de formes diverses, à contenu limpide ou hémorrhagique. Ici, comme pour la tumeur cutanée, la prédominance plus ou moins grande des vésicules hémorrhagiques peut être une cause d'erreur d'interprétation, comme nous aurons à le démontrer bientôt. Toutefois pourrait-on peut-être penser que la part du système vasculaire sanguin est plus importante dans la constitution du lymphangiome lingual que dans celle du lymphangiome cutané ; l'observation de Bryant est à ce point de vue intéressante, en ce sens que les productions hématiques avaient été au début prédominantes à ce point que les tumeurs lymphatiques avaient passé inaperçues. Nous pensons en effet avec M. Lannelongue que rien ne démontre que « les kystes agglomérés, qui par leur développement, semblent avoir fait disparaître la dilatation des vaisseaux sanguins, proviennent de ces vaisseaux sanguins eux-mêmes. Tout porterait plutôt à penser que l'hypertrophie linguale était due primitivement à des ectasies isolées, les unes sanguines, les autres lymphatiques ». Toutes ces particularités sont bien nettes dans notre cas, où de temps en temps la tumeur vésiculeuse lymphatique devient turgescente, et se gorge de sang ; si on l'examinait à ce moment, on serait probablement conduit à un autre diagnostic, et à une interprétation des phénomènes différente de celle dont nous espérons démontrer tout à l'heure le bien fondé. Toutefois, ces alternatives de turgescence et d'affaissement, d'augment et de diminution, qui se sont rencontrées chez un des malades de Samter comme chez le nôtre, nous semblent devoir être signalées, au point de vue clinique, comme une des particularités propres au lymphangiome circonscrit de la langue.

Un autre caractère qui lui est spécial et qu'on ne trouve pas indiqué dans les descriptions du lymphangiome cutané, c'est le développement de tissu fibreux. Il en résulte qu'ici les vésicules ne sont pas situées à fleur de muqueuse — qu'on nous passe l'expression — mais bien sur un plan surélevé par rapport au niveau des parties saines, et que l'ensemble des lésions forme tumeur à proprement parler. Ce caractère est surtout net dans notre cas ; mais à la vérité le traitement antérieur par les pointes de feu entre peut-être pour une certaine part dans le développement réellement excessif du tissu fibreux. En dehors de ces quelques points de détails intéressants à signaler, la descrip-

tion clinique et histologique du lymphangiome circonscrit bucco-lingual peut se superposer point pour point à celle du lymphangiome circonscrit de la peau.

Il est donc parfaitement inutile que nous reproduisions ici les tableaux clinique et histologique que nous avons tracés de cette affection dans la première partie de ce travail.

TROISIÈME PARTIE

Nature réelle du lymphangiome circonscrit.

Mais pour être complets nous devons maintenant aborder la discussion des diverses opinions qui ont été émises sur la nature de ces tumeurs.

Cette discussion a porté sur deux points, que nous essaierons d'élucider tour à tour : 1° On s'est demandé aux dépens de quel tissu était constituée la tumeur dite « lymphangiome circonscrit » ; nous savons déjà que la plupart des auteurs, surtout à l'étranger, en font une tumeur lymphatique, tandis qu'en France, on a plutôt de la tendance à lui attribuer une origine vasculaire sanguine ; 2° On s'est aussi demandé si ces lésions étaient uniquement formées aux dépens des éléments préexistants du tissu envahi, ou s'il y avait néoformation d'éléments nouveaux, s'il y avait néoplasme au vrai sens du mot.

1° *Le lymphangiome circonscrit est-il un véritable lymphangiome pur ou bien un hémangiome, ou un hémato-lymphangiome ?*

Les premiers auteurs qui aient fait une étude quelque peu approfondie de cette maladie (M. Morris, Hartzell, F. Noyes et Török) avaient conclu à sa nature lymphangiomateuse, en s'appuyant sur l'aspect clinique des lésions et sur leurs examens histologiques. Cette opinion avait généralement été adoptée par les auteurs étrangers qui s'étaient occupés de cette question, lorsque presque simultanément, en France M. le Dr E. Besnier, en Belgique MM. de Smedt et Bock, soutinrent une théorie contraire.

Notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, dans son si remarquable article de la 2e édition des leçons de Kaposi, sépare tout d'abord les lymphangiectasies des lymphangiomes, puis il dissocie cette dernière classe de tumeurs, où, d'après lui, on a fait rentrer des cas qui ne sont que des pseudo-lymphangiomes.

I. — Parmi les PSEUDO-LYMPHANGIOMES, l'éminent maître de l'hôpital Saint-Louis range :

1° Une maladie tout à fait différente de celle qui nous occupe, et qui a été décrite par Kaposi, Pospelow et van Harlingen sous le nom de lymphangiome tubéreux multiple, par Török sous celui de lymphangiome tubéreux (cas de Kaposi) et de lymphangiome caverneux (cas de Pospelow, de van Harlingen). M. le Dr E. Besnier pense avec raison que ces cas forment un groupe morbide bien défini, que des travaux récents ont tout à fait mis en lumière, et dont l'un de nous a tout récemment fait connaître un superbe exemple sous le nom d'*épithéliome kystique bénin* (Jacquet) ou de *cystadénomes épithéliaux bénins* (E. Besnier) : c'est une maladie totalement différente de celle que nous étudions en ce moment; aussi la laisserons-nous complètement de côté.

2° D'autres cas, au contraire, qui relèvent de la maladie que nous étudions ici, et auxquels M. le Dr E. Besnier donne les noms de *hématangiomes lymphangiomatoïdes*, *kératoïdes*, *angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme*; ce sont les cas de C. Fox, de J. Hutchinson, de Schmidt, de Noyes et Török; il les discute avec le plus grand soin, émet des doutes sur leur nature lymphatique et a de la tendance à les considérer comme des hématangiomes.

II. — En opposition avec ces cas, M. le Dr E. Besnier en rapporte d'autres, qu'il classe parmi les lymphangiomes caverneux de Wegner et qui constituent sa classe des *dermato-lymphangiomes*; pour lui ces cas seuls méritent le nom de *lymphangiome circonscrit*. Mais on a quelque peine à comprendre les motifs précis pour lesquels notre maître a nettement séparé ces faits de ceux qu'il a placés dans sa classe des pseudo-lymphangiomes ; il reconnaît lui-même en termes excellents (page 381) que, « prise tout à fait à l'origine, l'altération ne *paraît* pas présenter les caractères d'une maladie lymphatique ; elle semble être un *hématangiome* ».

III. — A côté des lymphangiomes caverneux, M. Besnier place, suivant la classification de Wegner, les *lymphangiomes cystoïdes*. Ce sont les kystes séreux de la pathologie chirurgicale, et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Quelque temps après la publication du travail de M. le Dr E. Besnier, M. le Dr Thibierge (1) présenta un malade, qui venait, au sujet du lymphangiome circonscrit, confirmer les idées de son maître. Les arguments développés par ces auteurs peuvent être résumés de la manière suivante.

1° *L'évolution clinique des lésions serait plutôt en rapport avec une origine vasculaire sanguine qu'avec une origine lymphatique :* « le mode de développement des lésions, leur coloration initialement rouge, due à la présence du liquide sanguin, leur décoloration progres-

(1) THIBIERGE. *Loc. cit.*

sive et leur transformation en une sorte de petit kyste séreux prouvent bien qu'elles sont en connexion avec le système sanguin et non avec le système lymphatique » (Thibierge). De même M. le Dr E. Besnier insiste sur le début des lésions par de petites éminences pourpres, qui ultérieurement coalescent et deviennent verruqueuses. Ces auteurs pensent donc que les lésions se développent aux dépens du système sanguin ; ce sont des lacunes à contenu sanguin, lequel subit une dégénérescence séreuse, qui leur donne cette apparence de vésicules claires qu'elles présentent par la suite.

Parmi les cas que nous avons rapportés de lymphangiome de la langue, il en est un, celui de Bryant, qui pourrait également être invoqué comme un argument en faveur de la théorie angio-hématogène du lymphangiome circonscrit ; ici la transformation séreuse se serait faite sous l'œil même de l'observateur. Nous avons déjà dit quelle interprétation, différente de celle-ci, devait être donnée, à notre sens, de ce phénomène. Le nævus vasculaire sanguin coïncidait sans doute avec des vésicules lymphatiques qui avaient passé inaperçues, et qui se sont ensuite graduellement développées à mesure que se produisait la régression du nævus. Dans notre cas, nous n'avons observé rien de semblable ; nous n'avons vu aucune vésicule primitivement hémorrhagique devenir claire ; à la vérité, nous n'avons pas davantage contrôlé l'évolution contraire ; cela tient peut-être à ce que le traitement électrolytique appliqué immédiatement a entraîné rapidement la régression des vésicules, et nous a empêchés d'assister à leur évolution naturelle.

Mais d'autres auteurs ont pu vérifier l'évolution primitivement lymphatique, secondairement sanguine. En effet, aucun des partisans de la théorie lymphatique n'a dénié aux vaisseaux sanguins toute participation à la maladie. L'étude des coupes histologiques comme l'examen des vésicules montre que les deux systèmes jouent un rôle dans le processus morbide. Comme nos prédécesseurs, nous avons constaté chez notre malade la coexistence de vésicules claires, de vésicules hémorrhagiques, et de vésicules claires avec point central hémorrhagique. A ces trois aspects objectifs répondent trois ordres de lésions que l'on peut vérifier sur les coupes : on y voit en effet des cavités à contenu granuleux et lymphocytaire, des cavités à contenu hémorrhagique, et des cavités à contenu granuleux reposant à leur base sur des capillaires dilatés, qui sont vus cliniquement par transparence au centre même de la vésicule.

Mais dans quel ordre chronologique se produisent ces lésions ?

Cliniquement, Freudweiler a pu suivre le processus en prenant des décalques à intervalles plus ou moins éloignés ; il s'est convaincu ainsi que les vésicules hémorrhagiques sont secondaires, que les vésicules d'abord lymphatiques se remplissent parfois brusquement de sang, et

deviennent ainsi des vésicules hémorrhagiques. Mais c'est surtout l'histologie qui peut nous guider pour répondre à cette question.

2° *M. Jacquet dit qu'il a observé dans un cas la transformation très nette des kystes sanguins en kystes séreux.* — Nous nous demandons si l'on peut par cela seul qu'on constate qu'il y a sur une coupe des kystes à contenu hémorrhagique à côté de kystes à contenu lymphatique, tirer de ce simple fait de pareilles conclusions.

Ce qu'il faudrait démontrer, c'est que les kystes se forment réellement aux dépens des vaisseaux sanguins, et c'est ce qui n'a pu être fait : « Le point obscur, dit M. le Dr E. Besnier, est le mode de formation des lacunes à contenu sanguin ; le premier stade serait la dilatation des capillaires, constatée dans les papilles (point pourpre) ; ultérieurement, rupture, extravasation intra-dermique, ou intra-papillaire, etc. » Or, les extravasations ne constitueraient pas des lacunes sanguines à revêtement endothélial continu, revêtement dont on constate toujours l'existence sur les coupes : nous avons rencontré, comme tous les observateurs, des capillaires dilatés ; nous avons vu également des extravasations intra-papillaires. Et ces foyers d'infarctus nous semblent mettre en lumière le rôle joué par le système sanguin dans cette affection : les capillaires dilatés se rompent facilement, soit dans les mailles du tissu conjonctif, où ils constituent les infarctus, soit dans les lacunes formées déjà aux dépens des vaisseaux lymphatiques, qu'ils transforment alors en des lacunes à contenu sanguin.

Ainsi s'explique le mode de formation de celles-ci, sans recourir à l'explication, toutefois possible aussi, que l'envahissement des vésicules par le sang se fait accidentellement, au cours de l'excision biopsique (Török).

Cependant de Smedt et Bock, qui avaient été frappés de la même évolution clinique, ont cru trouver dans leurs coupes le desideratum que nous formulions tout à l'heure ; ils ont cru voir la transformation des « artères » des papilles en cavités kystiques à globules rouges. En réalité ils ont vu des capillaires dilatés et des kystes, mais rien ne démontre dans leur exposé la réalité des rapports étroits qu'ils établissent entre ces deux éléments. La planche, qui accompagne leur mémoire, ne nous fournit aucun renseignement précis qui vienne à l'appui de leur conclusion.

Il nous semble au contraire avoir trouvé dans nos coupes (voir fig. IV) la preuve que les dilatations se produisent dans les papilles aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Les histologistes ne sont pas tous d'accord sur le point de savoir si normalement les lymphatiques pénètrent dans les papilles dermiques ; outre que les plus récents travaux répondent d'une manière positive à cette question, nous pensons qu'en l'espèce elle a peu d'importance, car il est toujours possible d'admettre qu'à l'état pathologique les lymphatiques du derme

peuvent pousser des prolongements jusque dans les papilles. Quoi qu'il en soit, nous avons constaté d'une manière incontestable d'une part l'existence même de ces vaisseaux, d'autre part leur transformation en dilatations kystiques. Apparaissant sur certaines coupes dans leur sens longitudinal axial, ils montrent leur terminaison en massue à l'extrémité de la papille : on voit le vaisseau se dilater, et c'est cette dilatation qui constitue le premier stade de la vésicule.

La confirmation de ce fait est fournie par l'étude des coupes en séries, qui intéressent les papilles dans un plan perpendiculaire à leur axe : nous rappellerons que nous avons pu suivre dans une série de coupes successives, les transformations qui aboutissent, en partant des lymphatiques de la base d'une papille, aux dilatations kystiques multiples situées vers son sommet. Freudweiler sur ses coupes a fait les mêmes constatations. Toutefois il faut bien dire que la plupart du temps la communication entre le vaisseau lymphatique et le kyste lacunaire s'interrompt de bonne heure et ne peut plus être mise en évidence sur les coupes.

Donc les rôles joués par le système sanguin et le système lymphatique dans la constitution du lymphangiome circonscrit nous paraissent devoir être répartis ainsi qu'il suit, et nous nous appuyons, pour émettre ces conclusions, sur nos recherches personnelles et sur celles de Török et de Freudweiler, entièrement concordantes avec les nôtres : les lacunes et les kystes viennent de la dilatation de vaisseaux lymphatiques. Ces auteurs et nous-mêmes, nous avons pu vérifier histologiquement l'exactitude de cette assertion, tandis que les partisans de la théorie angio-hématogène n'ont pas pu établir la filiation certaine des dilatations kystiques et des vaisseaux sanguins. Les vésicules claires, les kystes à contenu granuleux sont donc les éléments jeunes, primitifs de cette affection. Mais toujours les vaisseaux sanguins sont dilatés ; de par le fait de la dilatation progressive des vésicules superficielles, celles-ci finissent par être entourées de capillaires nombreux. A la base des vésicules ils déterminent l'aspect clinique des vésicules claires à point pourpré central. Ces capillaires se rompent facilement : dans le tissu conjonctif, ils constituent les infarctus intra-papillaires ; dans les vésicules, les kystes à contenu sanguin. Il est dès lors facile de comprendre que les cavités à contenu sanguin soient beaucoup plus fréquentes à la superficie des coupes, dans les kystes papillaires, qui se développent le plus facilement, que dans la profondeur, dans les lacunes dermiques, dont le développement trouve un obstacle dans la présence du tissu fibreux qui les entoure. Mais la participation du système sanguin, qui est constante, peut être plus ou moins importante ; réduite au minimum, elle donne des faits, comme celui de Schmidt, où les vésicules restent toujours claires : c'est le lymphangiome pur. Quand elle est portée au

maximum, il en résulte des cas comme ceux de E. Besnier et Jacquet, de de Smedt et Bock, pour les lymphangiomes cutanés ; pour la langue comme celui de Bryant, où la prépondérance des éléments hémorrhagiques a pu en imposer à ces observateurs si compétents. Dans les cas communs, la part du système sanguin comprend surtout les dilatations et les ruptures vasculaires, d'où les différents aspects cliniques et histologiques, sur lesquels nous avons suffisamment insisté. Somme toute, la part du système sanguin est constante mais accessoire dans la constitution de cette maladie, qui est essentiellement d'origine lymphatique. Tout au plus, pourrait-on, pour tenir compte de la participation des vaisseaux sanguins, lui donner le nom d'hémato-lymphangiome ; mais à coup sûr on ne peut pas la ranger purement et simplement parmi les hématangiomes, dont l'aspect clinique et la constitution anatomique diffèrent totalement de l'affection qui nous occupe.

2° *Le lymphangiome circonscrit est-il uniquement formé aux dépens des éléments préexistants du tissu envahi ou y a-t-il néoformation d'éléments ? En un mot, le lymphangiome circonscrit doit-il être nettement séparé des lymphangiectasies vraies ?*

Telle est la deuxième question qui se pose, c'est celle de la nature néoplasique de cette affection : Le lymphangiome est-il caractérisé par une néoformation de vaisseaux lymphatiques, ou n'est-il dû qu'à une dilatation des vaisseaux préexistants ?

Certains auteurs d'une compétence aussi autorisée que M. le Dr E. Besnier et M. le Dr Quénu pensent qu'au moins théoriquement il convient de séparer les lymphangiectasies, — varices lymphatiques — des lymphangiomes — néoplasmes lymphatiques. Mais, dit M. le Dr E. Besnier, « le terme *lymphangiome* n'a pas de signification « anatomique absolue ; il ne peut être dissocié que théoriquement et « didactiquement du terme de *lymphangiectasie* ».

C'est qu'en effet l'anatomie pathologique qui permet en général de classifier les tumeurs demeure ici insuffisante, du moins en apparence. Toutes les productions lymphatiques morbides, qu'il s'agisse de varices, d'éléphantiasis, de lymphangiomes, se présentent sous le microscope, comme des dilatations lacunaires à revêtement endothélial continu et à contenu granuleux, lacunes situées dans le derme papillaire et sous-papillaire. Il semble impossible au premier abord de pouvoir affirmer la prolifération, caractéristique du terme tumeur ; de pouvoir contrôler la non-existence antérieure des vaisseaux dilatés constatés.

De même cliniquement les simples lymphangiectasies se présen-

tent aussi sous l'aspect de petites tumeurs vésiculeuses, à contenu clair et translucide. Comment au milieu de cette confusion anatomique et clinique distinguer le véritable lymphangiome des diverses modalités de lymphangiectasies, qui en reproduisent les apparences?

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette maladie, ont essayé de répondre à cette question : Wegner (1), le premier, reconnaît trois modes d'origine au lymphangiome : 1° la dilatation de vaisseaux lymphatiques préexistants avec la prolifération des éléments de leur paroi ; 2° la prolifération active de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques et la formation de nouveaux vaisseaux lymphatiques (néoplasie homoplastique); 3° la formation d'un tissu de granulation et la transformation de celui-ci en espaces lymphatiques (néoplasie hétéroplastique). C'est le premier de ces processus que Wegner a rencontré le plus souvent.

Nasse (2), au contraire, conclut que la plupart des lymphangiomes proviennent d'une perturbation embryonnaire du développement.

Il est en désaccord avec Wegner, qui pense que la majorité des lymphangiomes proviennent de la dilatation de vaisseaux préexistants, résultant de la stase lymphatique. Nasse regarde le lymphangiome comme un processus essentiellement angioplastique, résultant de la néoformation de vaisseaux lymphatiques et de leur transformation en cavités et canaux vides.

Unna (3) a constaté également la prolifération des cellules endothéliales des parois des lacunes lymphangiomateuses ; tous les auteurs ont noté cette prolifération, qui détermine des amas de noyaux rappelant l'aspect des cellules géantes ; nous avons vu aussi dans nos coupes ces amas giganticelliformes (Török, Freudweiler). Mais Unna fait remarquer à juste titre que les proliférations existent aussi dans les simples varices lymphatiques, et que cela est prouvé par ce fait que dans les lacunes dilatées de cette affection, le revêtement endothélial est également continu. Aussi ne voit-il pas là une raison suffisante pour séparer les lymphangiomes des lymphangiectasies.

Il nous semble que l'on a eu tort de circonscrire cette question au seul point de vue anatomique.

Trois ordres d'arguments militent en faveur de la nature néoplasique du lymphangiome circonscrit, et il faut, ce nous semble, dans une discussion de ce genre, tenir autant de compte des caractères cliniques et étiologiques que des caractères histologiques propres à cette maladie.

(1) Wegner. *Loc. cit.*

(2) Nasse. Ueber Lymphangiome. *Arbeit aus der Chirurg. Klin. des K. Univers. Berl.*, 1890, 4 p., p. 1

(3) Unna. *Histopathologie der Hautkrankheiten.*

1° Au point de vue histologique, Török, puis Freudweiler ont bien montré que la prolifération des parois lymphatiques n'était pas seule à attester la nature néoplasique de l'affection ; ils ont constaté la présence de nouvelles formations vasculaires à la périphérie des capillaires et des cavités, et la formation d'espaces lymphatiques au sein même du tissu conjonctif, sous la forme d'amas de noyaux allongés, qu'on distingue facilement des cellules embryonnaires, et l'on voit ces amas cellulaires se cliver en quelque sorte pour constituer une lumière canaliculaire. Samter a rencontré également ces formations ; nous-mêmes enfin nous les avons observées telles que les reproduisent les figures de Freudweiler.

De même que Török, nous avons vu des vaisseaux lymphatiques cheminer dans les papilles et se dilater pour constituer les lacunes ; pour Török, ces vaisseaux sont de nouvelle formation, car normalement les lymphatiques s'arrêtent à la base des papilles. Enfin il n'est pas jusqu'au tissu conjonctif qui ne présente la trace du processus hyperplasique : nous avons déjà noté les amas de cellules embryonnaires que nous y avons constatés, et sur lesquels avaient déjà insisté Török et Samter.

2° Certains détails cliniques nous paraissent en outre différencier le lymphangiome des lymphangiectasies : nous n'insisterons pas sur la part prise par les vaisseaux sanguins, sur l'évolution des points pourprés et des vésicules hémorrhagiques, sujettes à tant de variations. Mais un caractère nous paraît devoir être pris en grande considération : c'est le résultat de la ponction des vésicules ; dans le lymphangiome, il n'y a plus de communication entre les cavités kystiques et les vaisseaux lymphatiques, tandis que le réseau des lymphatiques dilatés qui constitue les lymphangiectasies n'est nulle part interrompu.

Il en résulte que, lorsqu'on ponctionne les vésicules des varices lymphatiques, on assiste à un écoulement de lymphe persistant qui dure plusieurs heures et même plusieurs jours, et qui, parfois, est très difficile à arrêter. Cette lymphorrhée, caractère primordial de toute lymphangiectasie, n'existe pas dans le lymphangiome circonscrit. Comme certains auteurs qui nous ont précédés, nous avons été frappés de la rapidité et de la spontanéité avec lesquelles s'arrête l'écoulement du liquide, qui suit la ponction des vésicules. Ce liquide est d'abord de la lymphe pure, puis il se teinte presqu'aussitôt de sang, et enfin il cesse de couler sans aucune intervention. Cette absence de lymphorrhée, si importante au point de vue du diagnostic, l'est également au point de vue du traitement, car elle permet de pratiquer sans trop d'ennui l'excision des vésicules.

3° Il nous semble enfin qu'on n'a pas assez tenu compte des données étiologiques, qui, dans nos conceptions actuelles de nosologie, doivent cependant jouer le principal rôle dans la classification des maladies.

L'affection dont nous nous occupons, le lymphangiome circonscrit, s'est toujours rencontrée chez des sujets jeunes ; lorsqu'il ne date pas de la naissance, il s'est développé dans les premières années de la vie ; son apparition ne semble avoir jamais été provoquée par une cause connue. Ces caractères de congénitalité et de spontanéité sont de toute première importance : ils impriment à cette maladie un cachet tout spécial.

Ils permettent de rejeter hors du cadre du lymphangiome circonscrit des faits qui ont été confondus avec lui parce qu'ils en reproduisaient les principales particularités cliniques et histologiques, mais dont l'origine, le point de départ, la cause première sont tout autres : nous voulons parler des lymphangiectasies vraies.

Parmi eux nous signalerons : *a*) Les cas d'affections de cet ordre qui se sont développés à la suite d'érysipèles à répétitions ; nous n'avons pas besoin d'insister sur cette catégorie si connue de faits : telle est l'observation présentée à la Société de dermatologie de Paris d'abord par M. le Dr Tenneson (1), ensuite par M. le Dr Renault (2), où les varices lymphatiques à lésions vésiculeuses s'étaient développées sur la muqueuse buccale d'une personne âgée de 18 ans, à la suite d'érysipèles répétés ; nous en rapprochons un cas à peu près identique, présenté à la même Société par le Dr Du Castel (3).

Le Dr Malherbe (4) a publié également un cas où ces mêmes lésions s'étaient développées à la vulve et aux cuisses d'une jeune fille de 18 ans, sous l'influence de poussées de lymphangite.

Enfin MM. Leredde et Albert Robin (5) ont rapporté et étudié un cas de varices lymphatiques de la langue, dont l'aspect clinique et les caractères histologiques se rapprochaient du lymphangiome circonscrit, mais qui s'étaient nettement développés à la suite d'érysipèles répétés. Tous ces faits doivent être soigneusement distingués du lymphangiome circonscrit : ce ne sont que des lymphangiectasies d'origine inflammatoire.

b) Il est possible qu'à côté de cette catégorie on doive en décrire une deuxième dans laquelle l'élément mécanique joue le principal rôle ; la dilatation des vaisseaux lymphatiques aboutissant au type lacunaire vésiculeux y serait provoquée par la stase lymphatique. On sait que les

(1) TENNESON. Varices lymphatiques de la muqueuse buccale *Ann. Dermat.*, décembre 1893, p. 1302.

(2) AL. RENAULT. Angio-kératomes ou Lymphangiectasies. *Ann. Dermat.*, Paris, 1895.

(3) DU CASTEL Lymphangiectasies de la muqueuse buccale. *Ann. Dermat.*, avril 1895, p. 342.

(4) A. MALHERBE et H. MALHERBE. Sur un cas curieux de lymphangiectasie cutanée. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1896 p. 278 et in Th. BONHOMMET, Paris, 1896.

(5) ALB. ROBIN et LEREDDE. Des varices lymphatiques de la langue. *Arch. méd. expérim.*, Paris, 1896.

expériences faites à ce sujet ont donné des résultats peu concordants; d'après Freudweiler, qui résume ces expériences, la ligature brusque des troncs lymphatiques n'entraîne pas la dilatation des capillaires : la lymphe peut toujours se frayer un chemin, au besoin par la voie sanguine. Mais lorsque l'oblitération est lente, il peut survenir de la stase, suivie de dilatation. Ainsi pourrait-on peut-être expliquer le cas d'Elliott (1), où il s'agit d'une femme de 39 ans, qui vit se développer des vésicules autour de cicatrices d'adénites suppurées au cou, aux régions sus-sternale et axillaires. Nous avons observé des cas analogues au scrotum et à la verge à la suite d'adénites inguinales.

Il est inutile d'insister plus longuement pour faire remarquer combien le processus pathogénique des lymphangiectasies (processus qui débute par la stase lymphatique pour aboutir à la prolifération endothéliale) est différent du processus pathogénique du lymphangiome, dont le premier stade est caractérisé par l'apparition de bourgeons endothéliaux qui s'organisent en cavités lymphatiques, lesquelles ne se dilatent que secondairement. Quant à l'origine même du processus de néoformation de ces bourgeons endothéliaux, il ne nous est pas plus possible de la déterminer qu'on ne peut le faire pour les autres néoplasmes. Nous dirons seulement que la congénitalité de l'affection, la part prise par le système vasculaire sanguin dans son évolution, nous font penser à une malformation, à une perturbation de développement (Leslie Roberts) atteignant les deux systèmes vasculaires à des degrés divers, et nous font assigner à ces tumeurs une origine embryonnaire, même pour les cas où elles ne se développent qu'après la naissance.

Notre conclusion en terminant ce trop long travail est que nous réclamons pour le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses, néoplasie développée aux dépens du système vasculaire lymphatique dermique, mais dans la constitution de laquelle le système vasculaire sanguin joue également un certain rôle, une place précise et bien distincte dans les cadres de la pathologie cutanée.

Cette affection, qui forme un type clinique bien à part, doit être distinguée du lymphangiome simple, diffus, qui constitue à la langue une des variétés de la macroglossie; elle doit être distinguée également du lymphangiome cystique, qui comprend les kystes séreux de la pathologie chirurgicale; elle doit enfin être nettement séparée des diverses variétés de lymphangiectasies, qui peuvent la simuler au point de vue clinique et histologique.

(1) ELLIOTT. A case of varicose lymphangiectasie. *Journ. of cutan. a. g. ur. diseases*, 1894, p. 137.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

FIG. I. — Vue d'ensemble de la tumeur.

1. Vésicule kystique claire, à contenu granuleux.
2. Épithélium lingual.
3. Lacune kystique intra-papillaire.
4, 4. Lacunes intra-dermiques.
5. Infarctus hémorrhagique intra-papillaire.
6, 6. Vaisseaux lymphatiques intra-papillaires.

FIG. II. — Coupe d'une vésicule extirpée isolément.

1, 1. Lacunes intra-papillaires.
2, 2. Vésicules kystiques à contenu mixte : la masse granuleuse se trouve vers la surface (2), le caillot sanguin vers la base des vésicules (2').
3. Éperon divisant une vésicule en cavités secondaires.
4. Pilier de l'épithélium proliféré ; on voit la lame cornée à la surface de l'épithélium dans toute son étendue.

FIG. III. — Rôle des vaisseaux sanguins dans la constitution de la tumeur.

1. Cavité d'une vésicule kystique, dont on voit l'endothélium continu (1') ; le contenu est granuleux avec des globules rouges extravasés le long de la paroi.
2. Pilier épithélial.
3. Tissu conjonctif d'une papille.
4. Mince travée conjonctive, séparant l'endothélium kystique de l'épithélium lingual.
5. Vaisseau capillaire gorgé d'hématies rampant dans cette travée, le long de la cavité kystique.

FIG. IV. — Rôle des vaisseaux lymphatiques dans la formation de la tumeur.

1, 1. Épithélium lingual ; piliers inter-papillaires.
2. Tissu conjonctif d'une papille.
2'. Papille suivante.
3. Vaisseau lymphatique intra-papillaire à endothélium proliféré.
4, 4. Dilatations kystiques à la base (4) et au sein (4') de la papille 2. L'origine de ces dilatations est éclairée par l'examen de la papille suivante 2'.
5. Vaisseau lymphatique intra-papillaire à endothélium proliféré, analogue au vaisseau 3 ; mais il se termine par une dilatation ampullaire, analogue aux dilatations 4 et 4'.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 18 AVRIL 1898

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Rapport annuel sur la gestion du comité de direction et la situation morale de la Société, par M. le secrétaire général. — Rapport de M. le trésorier sur la situation financière. — Deuxième note sur une lymphadénie médiane de la face, par MM. Hallopeau et Laffitte. — Syphilides lichénoïdes, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Renault et Wickham.) — Eruption streptococcique, par MM. Du Castel et Salmon. (Discussion : MM. Hallopeau, Jacquet). — Néoplasie labiale de nature indéterminée, par M. Haury. (Discussion : MM. Balzer, Du Castel, Barthélemy et Besnier.) — Onychogryphose hypertrophique, par MM. Balzer et Mercier. (Discussion : MM. Dubreuilh, Moty, Augagneur.) — Érythrodermie prémycosique avec poussées purpuriques, par MM. Balzer et Mercier. — Sur une nouvelle variété de dermatose séborrhéique, par MM. Hallopeau et Michaux. (Discussion : MM. Dubreuilh, Hallopeau, Besnier.) — Syphilides hypertrophiques géantes de la face, par MM. Emery et Glantenay. Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire de la main. Radiographie. Intégrité du système osseux, périostique et cartilagineux, par MM. Emery et Glantenay. (Discussion : MM. Jacquet, Balzer, Moty.) — Enfant né d'une mère syphilitique et présentant à l'avant-bras gauche une malformation qui semble être une amputation congénitale, par M. Bar. (Discussion : M. Barthélemy.) — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux, par M. Hallopeau. — Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis, par M. Sauvineau. (Discussion : M. Barthélemy.) — Deux cas de paralysie générale pseudo-conjugale et post-conjugale, par MM. Spillmann et Etienne. — Leucoplasie et épithéliome primitif de la voûte palatine chez un ancien syphilitique, par M. Brault. — Lèpre tuberculeuse traitée par les injections de calomel, par M. Brault. — Éruption antipyrinique, par M. Sibut. (Discussion : MM. Du Castel, Brocq, Fournier, Sibut, Barthélemy, Besnier, Vérité.) — Chancres mous des doigts, par M. Sibut. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

D. Ferras. — *De la médication sulfureuse*, 1 vol. in-12, Paris, 1898.

Mibelli. — Su gli eritemi fissi da antipirina. Extr. : *Giornale italiano delle malattie veneree della pelle*, 1897.

Mibelli. — Sopra un caso di eritema sifilitico anulato. Extr. : *Clinica moderna*, 1897.

Colombini. — Il diplococco di Neisser nelle adeniti blenorragiche inguinali suppurate. Extr. : *Riforma medica*, 1898.

E. Legrain. — Sur quelques affections parasitaires observées en Algérie. Extr. : *Archives de Parasitologie*, 1898.

M. Besnier : Je suis heureux de faire savoir à la Société que notre éminent et cher collègue Zambaco-Pacha, donnant le plus généreux exemple, vient de nous permettre de lui décerner, conformément à l'article 3 de nos statuts, le titre de membre bienfaiteur de la Société, et d'inscrire ainsi son nom à perpétuité en tête de notre liste, en nous versant une somme de 15,000 francs. Je vous propose de lui adresser l'expression de notre profonde reconnaissance et de décider que cette somme sera consacrée à la création d'un prix bisannuel, portant le nom de prix Zambaco. *(Adopté.)*

Rapport sur la gestion du Comité de direction et sur la situation morale de la Société.

Par M. H. Hallopeau,
Secrétaire général.

Messieurs,

L'année qui vient de s'écouler restera marquée, pour nous, du plus triste souvenir : un de nos membres les plus affectionnés, notre cher Feulard, l'organisateur du Congrès de 1889 dont il avait été l'âme comme il devait être celle du Congrès de 1900, l'habile administrateur de notre musée et de notre bibliothèque, notre consciencieux archiviste, nous a été brusquement enlevé par la catastrophe qui est présente à tous les esprits; il y aura bientôt un an que la nouvelle en a éclaté, foudroyante, et il semble que ce soit hier; nous ne pouvons nous habituer à l'idée que l'absence de notre cher collègue sera éternelle ; il nous semble que nous allons le voir reparaître au milieu de nous avec son sourire toujours affable, la grande aménité qui en avait fait le modèle des secrétaires généraux, sa parole toujours si nette, facile et élégante, sa remarquable clairvoyance et sa présence d'esprit; il laisse parmi nous un vide qui ne pourra être comblé, car on trouvait réunies en lui, à un haut degré, les qualités les plus disparates. Nous avons de nouveau recueilli le témoignage, dans les réunions dermatologiques qui ont eu lieu cette année à l'étranger, que notre deuil est international. C'est donc en toute justice que le nom

de notre profondément regretté collégue sera perpétué à Saint-Louis par l'inscription, à l'entrée de la construction où nous sommes réunis, des mots : *Bibliothèque Henri Feulard* et par l'édification, dans la salle de la bibliothèque, d'un médaillon qui rappellera ses traits.

Plus récemment, nous avons eu à regretter la fin rapide de notre collègue Péan, à qui la chirurgie contemporaine doit de si grands progrès; il ne fréquentait pas nos séances, mais sa mémoire vivra à l'hôpital Saint-Louis; nous apprenons en effet, par une lettre que Mme Péan nous fait l'honneur de nous adresser, que « l'intention de son regretté mari était de laisser au musée de cet hôpital, où il avait exercé pendant de si nombreuses années, la collection qui porte son nom, et que sa famille y donne son plein assentiment, à la condition que cette collection occupera toujours dans l'hôpital une place digne du nom de son fondateur ». Nous demanderons, en votre nom, à l'administration de prendre, à l'égard de la famille de notre collègue, l'engagement auquel elle a droit et nous prierons la Société de Dermatologie d'adresser à Mme Péan et à ses enfants l'expression de sa profonde reconnaissance.

Tout dernièrement, notre Société a été de nouveau profondément peinée par la mort inattendue de son éminent membre correspondant, le professeur Schwimmer, chef de la brillante école dermatologique de Buda-Pesth. Il a été soudainement frappé, peu de semaines après les fêtes dans lesquelles on avait célébré ses vingt-cinq ans de professorat et la publication de son Jubileum-Schrift auquel plusieurs d'entre nous avaient collaboré. Schwimmer, qui avait pris une part active à tous nos congrès internationaux et qui avait présidé la réunion si cordiale qui a suivi à Buda-Pesth celui de Vienne, laissera un nom en dermatologie par l'importance de ses publications en même temps que le souvenir du collègue le plus affectueux et bienveillant pour tous ceux d'entre nous qui ont été en relations avec lui.

Parmi les œuvres auquelles Feulard a mis la main en dernier lieu, celle qui a fait le principal sujet de son dernier rapport au Comité des médecins de St-Louis, l'organisation, dans notre hôpital, d'un service de photographie analogue à celui des moulages, paraît être en bonne voie, grâce aux efforts de notre archiviste, M. Wickham, ainsi qu'à l'active intervention de M. le directeur de l'hôpital, à la bienveillance libérale de l'administration, et à l'appui toujours si efficace dont le représentant du conseil municipal dans notre quartier nous a donné si souvent le témoignage; si, comme nous l'espérons, ce service peut être mis en œuvre à la fin de cette année, il constituera, pour la dermatologie française, une source nouvelle de documents d'une importance capitale et comblera une regrettable lacune, car il arrive incessamment que des maladies intéressant toute la surface du tégument externe sans donner aucun relief ne peuvent être reproduites par

notre éminent artiste Baretta : bien des matériaux précieux se trouvent ainsi inutilisés ; il n'en sera plus de même quand le service de photographie sera installé, au grand bénéfice de notre science et aussi de notre musée qui lui devra d'incessantes acquisitions nouvelles et par suite une augmentation de sa puissance d'attraction sur les dermatologues de tous les pays.

L'inauguration du nouvel hospice des teigneux, dans les vastes bâtiments que l'administration a fait construire dans l'enclos de St-Louis, a eu lieu en juillet 1897 ; depuis lors, ces services y sont en pleine activité, sous la direction de notre collègue M. Tenneson, si efficacement aidé par M. Sabouraud qui trouve là un laboratoire construit et organisé suivant toutes les données les plus récentes du progrès scientifique ; nous ne doutons pas que notre éminent histologiste ne continue à y travailler fructueusement, pour l'honneur de la dermatologie française et le bien des malades.

Les salles devenues libres dans les pavillons Bazin et Lugol, par suite du transfert des teigneux dans les nouveaux bâtiments, ont été affectées aux enfants atteints de maladies de la peau ; c'est là une création éminemment utile, car nous avons, chaque jour, à nos consultations, de 60 à 80 enfants dont un certain nombre ont besoin d'être hospitalisés : nous remercions l'administration de cette nouvelle amélioration.

Les consultations de l'après-midi continuent à être de plus en plus fréquentées, de telle sorte que, dans le courant de l'année, le chiffre total des consultants a augmenté bien qu'il ait diminué le matin ; c'est là un excellent résultat puisque le nombre de malades secourus et étudiés se trouve accru en même temps que l'encombrement du matin est évité ; nous devons ajouter, à cet égard, que les Assistants, chargés par l'administration d'aider dans ces consultations les chefs de service, leur facilitent beaucoup la tâche, à l'avantage des malades et des études dermatologiques : aussi nos consultations attirent-elles, l'après-midi aussi bien que le matin, un nombre croissant de médecins étrangers qui viennent y parfaire leur éducation dermatologique.

Si nous nous sommes permis d'insister, auprès de la Société, sur ces progrès divers réalisés à Saint-Louis, c'est qu'ils sont d'une haute importance pour la dermatologie ; c'est à eux, en effet, que nous sommes en partie redevables de la richesse des matériaux qui s'accumulent dans nos séances et les rendent de plus en plus intéressantes ; nous ne pouvons même nier qu'ils ne soient souvent surabondants ; les faits nous sont apportés en telle quantité qu'il devient difficile de les discuter aussi complètement qu'il serait désirable ; ceci revient à dire qu'il serait très utile d'augmenter le nombre de nos séances ; nous ne pourrions le faire actuellement qu'en augmen-

tant la quote-part des présentateurs, puisque, d'après notre règlement, les pages imprimées en surplus des trente feuilles réglementaires sont à leurs frais ; nous espérons que l'état de nos finances nous permettra bientôt d'augmenter, dans une proportion notable, le chiffre trop restreint des feuilles réglementaires.

En effet, Messieurs, notre Société est, au point de vue de son recrutement, en pleine prospérité ; le chiffre de ses membres continue à s'accroître et, avec lui, celui de ses ressources annuelles.

Notre Président vient de vous apprendre que notre cher collègue Zambaco nous offre le témoignage de la plus généreuse libéralité en nous versant la somme de 15,000 francs et nous permet ainsi de lui décerner le titre de membre bienfaiteur de notre Société. Le prix, bisannuel, que ce versement nous permettra de fonder et qui portera le nom de *prix Zambaco,* sera un nouveau stimulant pour les études françaises de dermatologie ; nous renouvelons à notre cher collègue l'expression de notre bien sincère et vive reconnaissance.

Ce n'est pas seulement en France que notre Société exerce son activité.

Deux grandes réunions dermatologiques ont eu lieu, en 1897, à l'étranger ; l'une à Moscou, comme section du XIIIe congrès international de médecine, l'autre à Berlin pour l'étude internationale de la lèpre.

Dans l'une et l'autre, notre Société a été dignement représentée ; ses délégués y ont trouvé constamment l'accueil le plus cordial ; nous remercions de tout cœur nos amis de Russie de leur bonne et affectueuse réception dans leurs deux capitales si attrayantes, captivantes et instructives à des points de vue différents ; nous avons été heureux de constater que dans ces deux villes, et aussi dans tous les centres d'enseignement de la Russie, particulièrement à Kiew et à Varsovie, la dermatologie est cultivée avec ardeur et que nos collègues ont des installations scientifiques à tous égards incomparables.

La Conférence internationale pour l'étude de la lèpre, si intelligemment organisée à Berlin par le professeur Lassar avec le concours éclairé de notre excellent collègue et ami Ehlers, a été féconde en résultats importants ; elle a mis en évidence la nécessité de lutter partout contre l'invasion de cette maladie qui menace de reprendre, dans beaucoup de pays, l'acuité qu'elle présentait au moyen âge. La pleine réussite de cette réunion fournira un argument puissant à ceux qui soutiennent l'utilité de congrès consacrés à l'étude exclusive d'un sujet limité (déjà les États-Unis imitent cet exemple en organisant à Chicago une réunion internationale qui a pour principal objet l'étude du lupus érythémateux) : nous remercions de tout cœur nos très distingués collègues de Berlin de leur réception si aimable et si courtoise.

Deux années seulement nous séparent du IV[e] congrès international dermatologique de 1900. Un comité s'occupe de préparer à nos collègues étrangers un accueil digne d'eux et de nous, en mettant à profit les progrès qui ont été réalisés, depuis 1889, dans l'organisation de ces grandes assemblées ; nous avons la confiance qu'il saura mener à bonne fin cette tâche délicate et justifier ainsi le choix de notre Capitale pour ces nouvelles réunions.

Notre conseil judiciaire, M[e] Tommy Martin, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris, venant d'être nommé juge de paix du 2[e] arrondissement, nous vous proposons de le nommer conseil judiciaire honoraire, ce qui ne nous empêchera pas d'avoir recours à lui chaque fois que nous aurons besoin de ses avis, et de lui donner pour successeur M[e] Deligand, avocat à la Cour d'appel, membre du conseil de l'ordre, que nous remercions de vouloir bien accepter ces fonctions.

M. Du Castel donne lecture du rapport sur la situation financière de la Société.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Deuxième note sur une lymphodermie médiane de la face.

Par MM. H. Hallopeau et Laffitte.

Examen histologique. — Un fragment de la peau altérée du visage a été enlevé par biopsie, fixé par le sublimé acétique, et monté dans la paraffine. Les coupes ont été colorées par la thionine phéniquée, l'hématoxyline et l'éosine, et le picrocarminate d'ammoniaque.

Examen à un faible grossissement. — L'épiderme paraît réduit à la moitié de son épaisseur. Il forme une bande étroite qui ne présente aucun ou presque aucun prolongement interpapillaire à sa partie profonde. La couche cornée, très mince, se détache de place en place de l'épiderme sous-jacent.

On voit, sur la plupart des coupes, trois ou quatre glandes pilo-sébacées qui s'ouvrent dans le corps de Malpighi, et, de là, descendent verticalement dans le derme, divisant ainsi ce dernier en segments très réguliers.

Le derme a perdu sa structure ordinaire. Le corps papillaire a disparu ; aucune trace de tissu conjonctif fibrillaire. On aperçoit partout une infiltration de cellules jeunes, de noyaux innombrables, qui recouvrent presque uniformément le derme dans toute son étendue. Ces cellules s'arrêtent nettement autour des glandes sébacées, qui paraissent intactes ; elles s'arrêtent aussi un peu au-dessous de l'épithélium de Malpighi, laissant ainsi entre elles et cet épithélium une étroite zone claire parsemée de quelques noyaux.

Les capillaires sanguins sont peu nombreux, et l'infiltration cellulaire n'est pas plus abondante autour d'eux que partout ailleurs.

Examen à un fort grossissement. — La couche de Malpighi ne compte que trois ou quatre rangées de cellules dans son épaisseur. Beaucoup d'entre elles sont saines; les autres sont vésiculeuses, le corps cellulaire a disparu, et il ne reste qu'un noyau, ou même qu'un nucléole dans une petite cavité claire.

L'intervalle clair qui sépare les cellules de Malpighi de l'infiltration du derme représente la moitié profonde ou inférieure de la couche de Malpighi complètement détruite. En effet, cet espace clair est occupé par un réseau irrégulier, dont chaque maille est formée du contour d'une cellule malpighienne disparue avec son noyau, mais dont on retrouve encore çà et là le nucléole.

C'est sur l'infiltration du derme que repose tout l'intérêt de cette étude histologique.

Dans toute l'étendue du derme, les faisceaux conjonctifs ont disparu, et à leur place s'étend un vaste réseau recouvert de jeunes cellules. Le réseau est visible presque partout, mais surtout dans les points où l'infiltration cellulaire est plus discrète. Les fibres qui le composent sont extrêmement ténues, déliées, et forment, en s'entrecroisant, des mailles étroites, telles qu'on les voit dans les ganglions et follicules lymphatiques.

Les cellules recouvrent le réseau et les mailles. Elles sont fort pressées, peu distantes les unes des autres, et répandues selon une couche à peu près uniforme partout. On y distingue deux formes cellulaires différentes, des lymphocytes et des cellules conjonctives, les premiers reconnaissables à leur noyau volumineux, vivement et uniformément coloré, et sans protoplasma qui l'entoure, et les secondes à leur noyau clair avec un nucléole bien coloré à son centre.

Ces deux sortes de cellules se retrouvent partout, mais en proportions différentes.

Dans les parties superficielles du derme, elles paraissent être en nombre à peu près égal ; mais dans les parties profondes, les lymphocytes sont beaucoup plus abondants que les cellules conjonctives.

Circonstance importante : aucune *plasmazellen* n'a été aperçue parmi ces cellules, mais il y a d'assez nombreuses *mastzellen* que l'on reconnaît à la poussière de granulations colorées qui les entourent.

Pas d'éosinophiles ni de polynucléaires, ni dans la lumière des vaisseaux, ni ailleurs.

Enfin, au milieu de ce derme si profondément remanié, les glandes sébacées ne paraissent pas fort altérées.

En résumé, la présence d'un réseau délicat, recouvert de lymphocytes et de cellules conjonctives, détermine le diagnostic histologique de néoformation lymphatique pure.

L'abondante leucémie du sujet, l'hypertrophie bien constatée de sa rate et de ses ganglions lymphatiques sous-cutanés, s'accordent bien avec ces altérations de la peau du visage.

Ces lésions diffèrent surtout de celles que l'on rencontre dans le mycosis par l'absence de plasmazellen; ce fait négatif suffit-il à les en séparer? nous ne saurions l'affirmer dans l'état actuel de nos connaissances; mais on ne peut nier que ce fait, rapproché des différences signalées dans les manifestations symptomatiques, n'ait à cet égard une certaine valeur.

Syphilide lichénoïde.

Par M. Du Castel.

La malade, que je vous présente, est une forte fille de 18 ans, atteinte de syphilis récente ; il y a trois mois, elle eut des plaques muqueuses de le vulve pour lesquelles elle fut soumise à un traitement par les injections d'huile grise (4 injections). Actuellement elle présente encore des plaques muqueuses des amygdales et une syphilide pigmentaire du cou.

Depuis un mois, une éruption est apparue qui s'est rapidement généralisée ayant des maxima sur la partie postérieure du cou, les lombes et la région vulvaire.

L'éruption cutanée présente à première vue les caractères du lichen plan, papules petites, quelques-unes presque microscopiques, brillantes, foncées en couleur, avec ombilication centrale. En examinant les choses de plus près, en se servant de la loupe, on peut cependant relever quelques différences : les papules sont plutôt arrondies que polygonales; la dépression centrale est recouverte d'une petite croûtelle, bien visible seulement à la loupe, qui n'appartient pas à l'éruption du lichen plan; au milieu des papules, on distingue quelques éléments acuminés, avec pointe centrale blanchâtre entourée ou non d'une collerette épidermique constituant de véritables éléments de folliculite chronique.

Sur la vulve, l'éruption est constituée par un nombre considérable d'éléments isolés, d'apparence folliculaire, constitués par les glandes hypertrophiées, dures et blanchâtres.

Nous sommes évidemment en présence d'une de ces éruptions syphilitiques dites folliculaires acnéiques, ayant pris sur la surface du corps les plus grandes ressemblances avec l'éruption du lichen plan de Wilson.

M. Al. Renault. — La syphilide lichéniforme est relativement fréquente chez la femme. J'en ai observé un certain nombre d'exemples pendant mon séjour à l'hôpital Broca.

Ce qu'il y a de remarquable chez la malade de M. Du Castel, c'est la confluence de l'éruption au niveau de la région lombaire.

Cette variété de syphilide est particulièrement rebelle à l'action thérapeutique. Le mercure à l'intérieur m'a toujours semblé bien peu efficace.

Les injections sous-cutanées produisent un meilleur résultat. Elles hâtent la disparition des éléments.

Malheureusement ceux-ci récidivent avec la plus grande facilité ; aussi faut-il, pour obtenir la guérison définitive, une grande persévérance dans le traitement, qui doit être longtemps continué après l'effacement des manifestations objectives.

M. Wickham. — On observera que chez cette malade, bien que les éléments papuleux ressemblent beaucoup à ceux du lichen plan, sur aucun d'eux on ne voit de ces stries et ponctuations grisâtres que je considère comme pathognomoniques du lichen plan. A propos de la communication de M. Du Castel, je voudrais parler de la prétendue ombilication que beaucoup de dermatologistes accordent aux papules du lichen plan de Wilson. J'ai souvent recherché ce signe de l'ombilication centrale sans l'avoir jamais rencontré. Quelquefois existe, il est vrai, une apparence d'ombilication, qui est déterminée par la présence d'une strie grisâtre intra-papuleuse extrêmement petite, bien arrondie et située au centre même de la papule. En ce cas la loupe permet de voir qu'il ne s'agit nullement d'une ombilication réelle.

Éruption streptococcique.

Par MM. Du Castel et Salmon.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est un superbe bébé de 7 mois et demi ; sa mère, comme vous pouvez le voir, est une femme fort bien portante et le père est, paraît-il, de très bonne santé.

L'enfant est allaité par sa mère et ne prend que le sein ; c'est le premier né de cette femme, qui n'a jamais fait de fausse couche.

Depuis l'âge de trois mois l'enfant présentait sur la face, de petites plaques rouges qui allaient et venaient ; il y a une quinzaine de jours, on conseilla à la mère de les panser avec le baume du commandeur ; depuis lors l'éruption a pris sur la face les caractères que vous lui voyez actuellement, en même temps qu'elle faisait son apparition sur les membres inférieurs jusque-là indemnes, le tronc et les membres supérieurs sont encore respectés.

Sur la face, l'éruption est composée de petits placards de volume variable, un peu allongés ; les plus étendus mesurent environ deux centimètres dans leur plus grand diamètre.

Ces placards sont légèrement surélevés au-dessus de la peau normale : ils sont entourés d'une zone érythémateuse d'un millimètre d'étendue environ, le reste de la plaque morbide est formé par un agglomérat de vésico-pustules, renfermant une quantité de liquide peu abondante et ayant à peu près le volume d'une vésicule ordinaire d'herpès.

Sur les membres inférieurs, l'éruption, dans son ensemble, ressemble à celle de la face. On y voit quelques éléments, d'apparence plus jeune, où

la lésion, au lieu d'être formée par des agglomérats de vésico-pustules, est formée par un soulèvement épidermique à contenu transparent présentant plutôt les apparences d'une bulle.

Les ganglions lymphatiques sont indemnes.

La nature de cette éruption me paraît difficile à préciser.

Elle a beaucoup des apparences des éruptions que nous observons chez les enfants à la suite de l'emploi des iodures ou mieux encore des bromures ; mais notre petit malade n'a jamais pris, nous dit la mère, qu'un peu de sirop Desessartz, il y a quatre mois, et du naphtol ces temps derniers. La mère elle-même n'a pris aucun médicament.

Le baume du commandeur n'a été appliqué que sur la face et n'a jamais été employé sur les jambes.

L'examen bactériologique du liquide des vésico-pustules a été fait par notre interne M. Salmon.

L'ouverture des tumeurs simplement infiltrées, à teinte blanchâtre généralisée, donne issue à une très petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Deux points suppurés sont ouverts aseptiquement et ensemencés sur bouillon et gélose. Au bout de 24 heures, culture absolument pure d'un streptocoque à gros grains se présentant rarement sous forme de chaînettes, en général sous forme de cocci isolés, comme dans les lamelles faites avec le pus.

En résumé, rien ne permet d'invoquer une irritation de cause externe artificielle, puisqu'il n'y a pas eu application de pommade sur les jambes ; impossibilité de remonter à une intoxication médicamenteuse ou alimentaire; il est donc permis de se demander si l'affection n'est pas due à l'action du streptocoque qui seul a été retrouvé dans la culture du liquide recueilli dans les vésico-pustules.

M. Hallopeau. — Je pense qu'il s'agit d'une éruption iodo-potassique ou bromo-potassique.

M. Jacquet. — Je partage l'opinion de M. Hallopeau.

Néoplasie labiale de nature indéterminée.

Par M. Haury.

Voici une malade âgée de 27 ans, qui porte sur la partie médiane de la lèvre inférieure, une plaque néoplasique de la grandeur d'une pièce de 20 centimes à fond exulcéreux, légèrement surélevé et comme finement papillomateux. Cette plaque est recouverte d'un enduit jaunâtre pseudo-membraneux s'enlevant très facilement. La pression sur la périphérie dénote l'absence d'induration et provoque facilement la sortie du sang. Cette lésion a commencé par la face gingivale de la lèvre. Elle avait au début l'aspect d'un aphte, sans aréole rouge.

Progressivement, depuis le mois de décembre 1897, date du début, elle s'est étendue sans provoquer jamais aucune douleur. Pas d'adénopathie. La syphilis ne semble pas en cause. Il n'y a jamais eu en effet aucun accident spécifique. État général très bon.

M. Du Castel. — J'ai observé deux ou trois cas d'épithélioma de la lèvre à début chancriforme. La néoplasie commence par un petit point qui évolue lentement.

M. Balzer. — Je me souviens aussi d'avoir diagnostiqué chancre syphilitique, une lésion épithéliomateuse de la lèvre. L'analogie était parfaite.

M. Barthélemy. — Je ne sais ce qu'il en est exactement pour les épithéliomas de la peau ; et il serait à rechercher à quel plus bas âge ils ont été observés. Mais pour d'autres affections similaires, l'âge n'est pas une objection absolue. Je viens d'observer un épithélioma du col utérin, dans sa forme la plus maligne, à l'âge de 28 ans, et un cancer de l'estomac à l'âge de 26 ans, un autre à l'âge de 38 ans. Inutile de rappeler le cancer des reins de l'enfance, et les cancers de la peau d'origine familiale.

M. Besnier. — La difficulté est ici très grande ; sans le secours de l'histologie il est difficile de déterminer la nature de la lésion que présente cette malade.

Onychogryphose hypertrophique.

Par MM. F. Balzer et R. Mercier.

Charles Ch..., conducteur de bestiaux, âgé de 63 ans, entre le 17 mai à la salle Hillairet, à l'hôpital Saint-Louis. Il est atteint de phthiriase avec nombreuses lésions de grattage sur toutes les parties du corps. En même temps notre attention est attirée par les altérations remarquables que présentent les ongles des mains.

Ces altérations ont commencé il y a 6 ans ; il s'est aperçu d'abord que ses ongles croissaient plus rapidement que de coutume et en même temps qu'ils augmentaient notablement d'épaisseur. Il ne peut préciser exactement le temps qu'ils ont mis à acquérir les dimensions actuelles, mais il lui semble que l'hypertrophie reste à peu près stationnaire depuis trois ou quatre ans.

Actuellement les ongles dépassent tous d'un centimètre environ l'extrémité du doigt. Le malade les coupe très rarement ; il se sert pour cela de son couteau et ne réussit qu'avec de très grandes difficultés, car les ongles présentent une consistance aussi grande certainement que celle d'un bois très dur.

Ils sont très épais ; ceux des trois premiers doigts ont 7 à 8 millimètres d'épaisseur à leur extrémité. Leur coupe est lisse et noirâtre. Aux deux derniers doigts, la coupe est de 4 à 5 millimètres seulement. A l'annulaire

de la main droite l'ongle est tombé à la suite d'un panaris sous-unguéal il y a quelques mois et n'a pas repris les proportions exagérées qu'il présentait comme les autres.

L'hypertrophie des ongles est assez inégale : au niveau de la matrice ils sont certainement épaissis, durs et sans transparence, mais beaucoup moins qu'à l'extrémité libre. L'hypertrophie offre ce caractère particulier qu'elle ne s'est faite qu'en épaisseur ; dans le sens transversal l'ongle s'est au contraire rétréci, ses bords latéraux se sont rapprochés, en étranglant entre eux le lit de l'ongle et la peau de l'extrémité du doigt. Elle est attirée et, pour ainsi dire, pincée dans la partie médiane par les deux bords latéraux de l'ongle entre lesquels elle s'enfonce à angle aigu.

En même temps les ongles ont subi une incurvation très marquée à leur bord libre. L'extrémité du doigt attirée vers la partie médiane par les bords de l'ongle est rétrécie et la peau est un peu tendue.

Il est à noter que toutes ces altérations se sont produites et persistent sans que le malade ait éprouvé aucune souffrance.

La peau en général est assez dure et sèche ; les artères assez dures, flexueuses et volumineuses, sont perçues difficilement, même les plus superficielles. Les mains osseuses et sèches, ont les articulations un peu noueuses, surtout l'articulation métacarpo-phalangienne des deux pouces. Le malade dit pourtant n'avoir jamais éprouvé de douleurs articulaires.

Les ongles des orteils sont un peu épaissis et incurvés surtout au gros orteil, mais ces altérations ne dépassent pas la moyenne de ce qu'on observe habituellement chez les gens âgés.

L'état général laisse beaucoup à désirer. Notre malade est un homme affaibli et amaigri et qui paraît plus âgé qu'il ne l'est en réalité. Il a eu une blennorrhagie à l'âge de 18 ans, et il porte sur la cornée de l'œil droit une taie dont il ne peut fixer ni l'origine, ni la date. Pas de syphilis ; un interrogatoire minutieux n'a rien démontré dans ce sens.

Les artères sont dures, flexueuses ; il y a des signes manifestes d'artério-sclérose. Le cœur est hypertrophié avec un souffle probablement mitral, léger et difficile à bien localiser ; le pouls est lent et plein. Le malade est un peu emphysémateux. Il présente un peu de couperose de la face, surtout au nez.

Les causes les plus connues des altérations unguéales sont ici à mettre hors de cause. Il ne s'agit pas de trichophytie des ongles : les altérations n'en présentent pas l'aspect, ni les divers caractères, elles sont d'ailleurs trop généralisées à tous les ongles. Le malade a bien eu autrefois une blennorrhagie, mais sans rhumatisme, et il l'a eue bien avant le développement de l'hypertrophie unguéale actuelle. Il est d'ailleurs peu rhumatisant, il n'a jamais eu de douleurs articulaires, bien que nous ayons signalé des déformations des jointures consécutives sans doute à l'exercice de son rude métier de conducteur de bestiaux.

Nous sommes ici en présence d'une dystrophie unguéale qui a pour siège principal non la matrice, mais plutôt le lit de l'ongle et qui a

provoqué une onychogryphose hypertrophique un peu spéciale, avec épaississement compact et induration extrême de l'ongle. Cette dystrophie locale nous paraît devoir se rattacher à l'état défecteux de la nutrition générale chez notre malade, à la fois emphysémateux, cardiaque et artério-scléreux. Il ne serait pas impossible que dans ces conditions les irritations extérieures, les intempéries, aient pu provoquer la localisation d'un semblable trouble de nutrition, d'autant plus que notre malade présente d'autres altérations des extrémités que nous avons signalées. Nous devons être sobres d'interprétations pathogéniques dans l'état actuel de nos connaissances sur les maladies des ongles et sur le rôle que peuvent jouer les cachexies et les troubles de la nutrition générale, le système nerveux, ou même les infections locales encore non étudiées. C'est un peu pour appeler l'attention sur ce sujet que nous présentons cette observation avec le moulage qui a été exécuté par M. Baretta.

M. W. Dubreuilh. — J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois tant aux pieds qu'aux mains l'altération unguéale que vient de nous montrer M. Balzer, mais rarement sous cette forme extrême. C'est ce que j'appelle les ongles « en cornet ». La courbure transversale de l'ongle est normale au niveau de la matrice, puis elle va en augmentant graduellement jusqu'à l'extrémité libre de façon à y former les deux tiers ou les trois quarts d'un cylindre, ou bien, comme dans le cas actuel, à former un pli par l'application l'une contre l'autre des deux moitiés de l'ongle. Il en résulte que le lit se trouve pincé entre les bords latéraux de la lame unguéale repliée et il en résulte dans quelques cas des douleurs très vives. En même temps il se fait un épaississement de la lame unguéale proprement dite, épaississement très dur et très compact.

Bien que l'examen microscopique soit de rigueur dans un cas de ce genre, je ne crois pas qu'il s'agisse d'une onychomycose. J'ignore quelle est l'étiologie exacte de cette affection et j'estime que la qualification de dystrophie ou de trophonévrose n'est qu'un aveu d'ignorance.

En tout cas, il s'agit d'une lésion toute différente de l'onychogryphose sénile vulgaire. Dans cette dernière affection il s'agit d'une hyperkératose du lit, celui-ci produit de la substance cornée en telle abondance que l'ongle croît en épaisseur beaucoup plus vite qu'en longueur et que l'ongle prend dans les cas extrêmes, la forme d'une corne s'élevant presque verticalement du lit unguéal.

M. Moty. — J'ai présenté il y a quelques mois à la Société de médecine du Nord un cas du même genre avec lésions des ongles aux mains et aux pieds. La lésion ne s'étendait pas à la peau voisine, mais sa généralisation aux quatre membres semblait lui assigner une cause générale nerveuse ; l'examen du champ visuel montra en effet qu'il était notablement rétréci.

J'ai fait un certain nombre de coupes sur un ongle de mon malade tombé spontanément et je n'y ai trouvé aucun élément parasitaire ; comme il s'agissait d'un soldat de 22 ans, indemne de toute diathèse infectieuse, je

n'ai pu mettre en cause qu'une influence trophique générale de nature hystérique.

M. Augagneur. — Il s'agit très vraisemblablement d'un cas d'onychogryphose dystrophique. Des faits semblables s'observent fréquemment aux pieds, chez des sujets portant en même temps des desquamations pityriasiformes, des dermites humides, ou des ulcères chroniques. Ces lésions sont le résultat de la dystrophie déterminée à la fois par l'athérome artériel, les varices et les troubles nerveux résultant eux-mêmes soit d'intoxications, soit de lésions vasculaires. Le malade de M. Balzer semble être alcoolique ; la dystrophie a agi sur les membres supérieurs au lieu d'atteindre les membres inférieurs ; c'est là seulement ce qu'il y a de spécial.

Érythrodermie prémycosique avec poussées de purpura.

Par MM. F. Balzer et R. Mercier.

Alfred B..., charretier, âgé de 38 ans, se présente à la consultation du 13 avril avec une éruption purpurique de la face et des mains. Reçu dans la salle Hillairet, il raconte que sa maladie a débuté il y a environ 6 ans, par des rougeurs qui se produisaient autour des yeux et qu'il attribuait à des piqûres de moustiques. Il s'agissait, en effet, de taches rouges et légèrement saillantes qui se tuméfiaient assez brusquement et diminuaient ensuite progressivement. Les poussées congestives se produiasient surtout pendant la période des chaleurs. Elles se montrèrent aux bras presqu'en même temps qu'au visage. Ces poussées s'accompagnaient de démangeaisons et de cuissons pénibles.

Aucun traitement ne fut essayé.

Au moment de son entrée, le malade était en pleine poussée congestive : bouffissure de toute la face, œdème transparent des paupières qui s'entr'ouvraient à peine, larges taches rouges ou violacées et enfin taches purpuriques disséminées, principalement sur les joues. Les mains étaient également rouges et tuméfiées à la face dorsale où l'on voyait un certain nombre de taches de purpura bien limitées. Le malade ressentait en ces points des démangeaisons et surtout une sensation de chaleur pénible.

Le repos améliora très promptement cette poussée congestive qui commençait à s'apaiser dès le lendemain de l'entrée du malade. On vit les jours suivants, progressivement diminuer la congestion et la tuméfaction de la face et des mains, et le sang extravasé au niveau des taches purpuriques se résorber.

Actuellement, à la date du 18 avril, l'affection se présente avec les caractères suivants :

A la face, on observe sur les joues et sur le nez une sorte de grand placard d'une coloration rose ou violacée pâle, parsemé de taches rouges, peu saillantes, à contours assez nettement limités. Ces taches ne sont pas douloureuses au toucher et ont cessé d'être le siège de démangeaisons et

de cuissons. A ce niveau, la peau présente un peu d'épaississement et une mobilité que nous verrons plus accentuée sur les autres régions atteintes.

Au cou, les altérations paraissent, en effet, plus avancées. La peau présente un grand nombre de petits plis, elle est très mobile et manifestement trop large pour les parties qu'elle recouvre. Elle se présente avec cet aspect et sans rougeur bien marquée sur toute l'étendue du cou. Sur les parties latérales, on voit quelques taches rosées, permanentes, un peu saillantes, d'un aspect ortié.

Sur le tronc, les altérations occupent une zone très étendue à la partie supérieure et antérieure du thorax, en se continuant avec celles du cou. Elles descendent jusqu'à la hauteur des mamelons et même un peu au-dessous sur la ligne médiane. La peau un peu épaissie, est violacée légèrement ou d'un rose pâle ; elle est également très mobile et plissée suivant une sorte de quadrillage à mailles très petites. Ce vaste placard passe par-dessus les épaules en laissant un intervalle de peau saine à la base du cou ; il descend ensuite et s'étend entre les deux épaules. En somme, sa disposition peut être comparée à celle d'une pèlerine recouvrant la partie supérieure du dos, les épaules et descendant à la partie antérieure du thorax. En arrière, il descend le long de la gouttière vertébrale et s'étend de nouveau largement sur tout le thorax jusqu'au niveau de la ceinture. En ce point existent sur le flanc droit deux petites saillies molles. Le plissement cutané ne se limite pas exactement à la ceinture et se prolonge à la partie inférieure jusqu'au sacrum.

Au pourtour de l'ombilic on trouve aussi quelques saillies molles et flottantes, probablement d'origine cicatricielle.

Aux membres inférieurs, les altérations forment un placard assez étendu à la face postérieure des deux bras.

Rien de net sur les membres inférieurs ; le malade y ressent des démangeaisons, mais il faut tenir compte de la présence de varices volumineuses, surtout à gauche.

Pas de troubles de la sensibilité. Dans les aisselles, on trouve une hypertrophie ganglionnaire nettement accusée. Les ganglions sont aussi augmentés de volume au cou, dans les aines et un peu sous la mâchoire.

L'état général a été jusqu'ici assez bon ; pourtant le malade tend à maigrir. Les urines sont normales.

Sa mère est encore vivante ; son père est mort subitement à l'âge de 73 ans ; il a onze frères et sœurs tous bien portants. Il n'a jamais fait d'excès de boissons et n'a eu ni blennorrhagie, ni syphilis. Il a eu l'influenza il y a sept ans.

Après l'interrogatoire et l'examen de ce malade, il nous a semblé que nous pouvions porter le diagnostic d'érythrodermie prémycosique. La maladie remonte à six ans, ce qui explique l'étendue déjà assez considérable occupée par les lésions. Le malade n'avait jamais été frappé que de celles qu'il porte au visage et aux mains. Mais il est manifeste que les autres régions, cou, partie antérieure et postérieure de la poitrine, ont été aussi le siège de nombreuses pous-

sées fluxionnaires, ainsi que semblent en témoigner le plissement et la mobilité de la peau. Quoi qu'il en soit, le malade ignorait l'existence de lésions cutanées en ces points, et il est certain qu'en dehors des poussées, il faut un examen très attentif pour les reconnaître et surtout pour bien les délimiter.

A la face, ce qui nous avait frappé tout d'abord, c'est l'existence des lésions purpuriques coïncidant avec la poussée fluxionnaire dont nous étions témoins. Cette particularité a contribué beaucoup à nous amener au diagnostic : en effet, l'un de nous, à l'hôpital de Lourcine en 1889, avait observé une femme qui présentait assez fréquemment au visage des poussées fluxionnaires et purpuriques tout à fait semblables. Le diagnostic à cette époque ne put être porté, et l'affection fut rapportée aux habitudes d'alcoolisme de la malade. Mais plusieurs années après, M. de Beurmann, qui avait eu l'occasion de la voir plusieurs fois et de la suivre, put rectifier le diagnostic en constatant nettement le développement et l'évolution du mycosis. Il en fit même l'objet d'une communication à la Société de dermatologie.

C'est le souvenir de ce fait qui nous a mis sur la voie du diagnostic, corroboré par la constatation des grands placards érythrodermiques du tronc et des membres supérieurs, par celle des ganglions hypertrophiés du cou, des aisselles et des aines, et enfin par l'ensemble de symptômes et l'histoire même du malade et des poussées fluxionnaires successives qu'il a éprouvées. Cependant, malgré la conviction qui résulte suffisamment des données cliniques, nous comptons bien demander à la biopsie et à l'examen microscopique un complément d'information.

Sur une nouvelle variété de dermatose séborrhéique.

Par MM. H. Hallopeau et Michaux.

Unna a depuis longtemps insisté sur le polymorphisme des éruptions séborrhéiques et il en a décrit nombre de formes diverses; l'un de nous en a fait connaître de nouvelles sous la dénomination de folliculites dépilantes.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter en offre un type qui, à notre connaissance, n'a pas encore été signalé ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Marie B..., âgée de 90 ans, entrée le 11 avril 1898, salle Lugol, lit n° 18.

La malade est habituellement bien portante.

Il y a trois ans, elle a eu, pendant deux mois, des vomissements

souvent répétés. Pendant cette période son estomac ne supporta que des liquides. Depuis, elle n'a plus présenté de troubles gastro-intestinaux.

Elle est à l'hôpital pour une éruption survenue il y a dix jours (1er avril 1898).

Cette dermatose a débuté par le cuir chevelu. La malade présentait depuis longtemps des pellicules dans les cheveux, mais à partir du 1er avril, la production de ces squames augmenta dans des proportions considérables, au point de former une couche épaisse.

Deux ou trois jours après, des lésions semblables se montrèrent au front, puis envahirent le reste de la face, sous forme de rougeurs et de croûtelles blanchâtres. La veille de l'entrée de la malade dans le service, une éruption papulo-pustuleuse abondante apparut sur toute la surface du corps.

Au début, la malade a présenté des démangeaisons, peu vives toutefois, au niveau du cou. Actuellement le prurit n'existe plus. Jamais de suintement. Les phénomènes généraux ont été peu marqués; on note simplement un peu de diminution de l'appétit et de la courbature.

La malade n'a pas pris de médicaments.

État actuel, 12 avril 1898. — Au cuir chevelu, on trouve une abondante séborrhée sèche, caractérisée par des squames épaisses, brillantes, nacrées, psoriasiformes, se prolongeant sur les régions temporales et les oreilles.

A la face, sur le milieu du front, le nez, la partie voisine des joues, les lèvres et le milieu du menton, se trouvent des squames blanchâtres, se détachant difficilement au grattage, et formant un large placard allongé verticalement qui contraste singulièrement par sa blancheur avec la coloration rouge des parties latérales et donne ainsi à la face un aspect tout spécial. Il n'y a pas de suintement à ce niveau. Sur les parties latérales de la face, des papules disséminées, de couleur rouge-brun, non squameuses, présentent pour la plupart une pustulette non saillante dans leur partie centrale et se détachent sur la rougeur diffuse plus pâle.

Sur la nuque, on voit de larges placards rouges tapissés de squames blanches, brillantes et très épaisses.

Sur la face antérieure du cou et se prolongeant sur le sternum, existe une éruption papulo-pustuleuse, de coloration rouge sombre, lenticulaire, plane et disparaissant en partie momentanément sous la pression du doigt. Ces papulo-pustules sont nombreuses, et présentent un aspect lichénoïde, avec cette différence qu'il existe dans leur partie centrale un petit point de suppuration non saillant et marqué par une différence de coloration. Par places, ces papules sont confluentes, et la peau est plus chaude au niveau de ces placards.

Sur le reste du tronc, l'abdomen et le dos, les papules sont très nombreuses, non confluentes, toujours planes, d'aspect lichénoïde, mais plus saillantes ; leur forme est arrondie ; elles ne présentent pas de dépression punctiforme ; il n'y a pas de collerettes à leur périphérie.

Elles sont rouges, dures, sèches, d'un volume variant entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une lentille. Elles présentent pour la plupart un point central grisâtre qui représente la pustulette profonde ; le grat-

tage en détache une squame limitée exactement à cette partie médiane.

Entre les papules, la peau est normale, sans coloration érythémateuse.

Sous le sein gauche, existe un large placard d'intertrigo, bordé de papules semblables à celles qui existent ailleurs.

Les membres inférieurs présentent sur toute leur surface des papulo-pustules disséminées ayant les caractères précédemment indiqués : par places, en particulier au niveau des olécrânes, elles forment des placards saillants, semblables à ceux que l'on observe dans le psoriasis dépouillé partiellement de ses squames. Les papulo-pustules sont nombreuses sur le dos des mains; elles existent à la face dorsale des phalanges. A la face palmaire, on voit des éléments suppurés, acuminés, plus nombreux au pourtour des ongles. Ceux-ci sont striés verticalement, mais cet état existait antérieurement.

Sur les membres inférieurs, les papulo-pustules sont beaucoup plus clairsemées qu'ailleurs; elles sont d'un rouge vif. Le plus grand nombre d'entre elles présente un point central grisâtre. Il en existe sur la face dorsale des pieds. Au niveau des plis inguinaux, ces éléments sont confluents et forment de larges placards d'un relief très appréciable, de consistance parcheminée, à bords nets, présentant des sillons au fond desquels l'épiderme desquame. Autour de ces placards, on voit des papulo-pustules disséminées.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Il ne nous paraît pas douteux que nous n'ayons affaire ici à une éruption d'origine séborrhéique.

Les antécédents de la malade, l'aspect du cuir chevelu, les caractères des placards des coudes ne laissent pas de doute à cet égard.

On pourrait penser à une éruption de lichen en raison de la forme et de la coloration sombre des papules, mais leur forme arrondie, et surtout la petite collection purulente que presque toutes présentent profondément dans leur partie centrale, non plus que l'éruption en plaques squameuses du visage, ne permettent de s'arrêter à ce diagnostic.

Les mêmes raisons permettent d'éliminer une syphilide.

Nous nous trouvons donc en présence d'une manifestation tout à fait anormale de la séborrhée.

Il est difficile d'en classer les lésions élémentaires.

Il s'agit évidemment de pustulettes, mais la goutte de pus est si minime qu'elle ne forme aucun relief et que l'élément reste le plus souvent plan, tout en faisant une saillie notable; d'autre part, cette gouttelette se dessèche avec une telle rapidité que bientôt l'élément ne représente plus qu'une simple papule avec ou sans point pâle ou punctiforme dans sa partie centrale; il n'existe jusqu'ici, dans notre musée, aucune altération semblable.

Comme particularités dignes d'intérêt chez cette malade, nous notons encore les vastes placards des coudes rappelant par leurs caractères ceux des plaques psoriasiques que l'on observe, dans les

mêmes régions chez certains séborrhéiques, l'existence, dans les régions inguinales, de lésions analogues, le masque tout spécial caractérisé par les placards squameux occupant dans toute sa hauteur le tiers moyen du visage et contrastant avec la coloration simplement érythémateuse des parties ambiantes, enfin la marche aiguë de l'éruption chez cette femme âgée de 90 ans.

Cette dermatose se sépare des folliculites par la forme toute différente et plane des éléments éruptifs, ainsi que par leur dissémination sur toute la surface du corps, leur extension à la paume des mains impliquant une participation des glandes sudoripares et l'absence de poils au centre de la plupart des éléments éruptifs; il nous paraît y avoir là une forme nouvelle de dermatose séborrhéique.

M. Dubreuilh. — Je crois qu'il s'agit là d'un psoriasis aigu anormal. Il n'existe pas de pustules ; par le grattage on détermine sur tous les éléments l'éclat nacré des papules de psoriasis.

M. Hallopeau. — Lorsque la malade est entrée dans le service, tous les éléments étaient pustuleux. Actuellement ils se sont en partie desséchés et certains d'entre eux revêtent l'aspect psoriasiforme ; mais il ne peut s'agir d'un psoriasis, car cette affection, à aucun moment de son évolution, ne présente de pustules.

M. Besnier. — Lorsque la vésiculation est passagère, éphémère, il ne faut pas lui donner trop d'importance, si l'éruption s'est faite avec une grande acuité. En de telles circonstances la vésico-pustule est insuffisante pour caractériser le mal. Il est difficile de prononcer à première vue le diagnostic de l'affection que présente cette malade.

Syphilides hypertrophiques géantes de la face.

Par MM. Emery et Glantenay.

Voici l'observation du malade que nous présentons :

B. H..., 39 ans, mécanicien. Entré le 28 mars 1898, salle Saint-Louis.
Rien de remarquable dans les antécédents du malade.
Blennorrhagie en 1880.
Chancre syphilitique à la verge vers le mois de juillet 1897. Roséole, plaques muqueuses buccales, etc.
Les lésions actuelles de la face ont débuté vers le mois de janvier 1898. A cette époque, apparut pendant la durée d'un coryza intense, une petite érosion siégeant dans le sillon labio-nasal au niveau de la cloison. Cette érosion, recouverte de croûtes, fut fréquemment irritée par le malade qui enlevait ces croûtes.

Plate et superficielle à l'origine, elle changea bientôt d'aspect et devint papuleuse. Cette excroissance ne fit qu'augmenter de volume, devint franchement végétante, et, en quelques jours, acquit le volume et prit la physionomie de la lésion actuelle.

Sur la lèvre supérieure, comme soudée à la cloison nasale, se trouve une tumeur du volume d'une grosse noisette. Elle s'étend de la cloison nasale au bord muqueux de la lèvre supérieure. Sa base toutefois n'est pas nettement circulaire. En haut elle semble prendre racine dans les narines mêmes à l'aide de deux prolongements qu'elle envoie s'insérer sur les faces de la cloison nasale. La saillie qu'elle présente atteint un centimètre environ. Sa surface est recouverte de croûtelles jaunâtres assez adhérentes, insuffisantes à masquer cependant l'aspect fendillé et crevassé de la tumeur qui semble formée par l'étroite juxtaposition de végétations papilliformes.

Cette tumeur, très adhérente aux plans sous-jacents, s'effrite difficilement, n'est nullement douloureuse et ne saigne pas.

Aucun ganglion de voisinage.

Sur le menton, un centimètre environ au-dessous de la lèvre supérieure et à droite de la ligne médiane, se voit une seconde tumeur identique à la précédente, mais de dimensions plus petites.

Au niveau des commissures labiales se trouvent des plaques muqueuses recouvertes de croûtes. La face interne des joues et la langue du malade sont couvertes, à son entrée dans le service, de syphilides érosives et leucoplasiformes avérées.

Ces lésions ont été diagnostiquées par M. le professeur Fournier comme étant de nature syphilitique.

Quoique le type végétant hypertrophique des syphilides cutanées soit loin d'être une rareté en dermatologie, la présence d'éléments de ce genre à la face constitue une localisation tout à fait exceptionnelle. Il est vrai que dans l'observation ci-dessus, au moins pour la tumeur végétante sous-nasale, on pourrait invoquer des causes d'irritations externes (coryza prolongé, grattage, excoriation) analogues à celles qui ont été invoquées, par certains auteurs, pour expliquer la nature *inflammatoire secondaire banale* des syphilides végétantes siégeant habituellement dans les régions péri-vulvaires et péri-anales.

Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire de la main. Radiographie. Intégrité du système osseux, périostique et cartilagineux.

Par MM. Emery et Glantenay.

Ce malade ne présente pas d'hérédité arthritique manifeste dans sa famille. Père et mère sont bien portants.

Il n'a jamais été malade antérieurement à son entrée à l'hôpital. En particulier, pas d'affections articulaires dans ses antécédents.

Le 9 janvier, à la suite d'un coït pratiqué le 5 janvier, le malade s'aperçoit qu'il a contracté une blennorrhagie. Cette affection a présenté beaucoup d'acuité à son début. Les mictions étaient très cuisantes. Les érections étaient particulièrement pénibles. Cette période aiguë a duré plus d'un mois.

Actuellement (7 avril) l'écoulement blennorrhagique entre dans sa période de décroissance. Les phénomènes inflammatoires ont disparu. La douleur est nulle, mais on constate encore la présence de gonocoques dans le pus.

Vers le 8 ou 9 mars, deux mois après le début de la blennorrhagie, le malade a ressenti dans l'articulation phalango-phalanginienne de l'index droit de vives douleurs ; en même temps il s'aperçut que cette jointure augmentait de volume.

Peu à peu toutes les autres articulations phalango-phalanginiennes des autres doigts se sont tuméfiées. Puis, à la main gauche, les mêmes articulations se sont prises simultanément.

Depuis, ces articulations n'ont pas changé d'aspect.

Actuellement on constate que, à chaque main, les quatre articulations phalango-phalanginiennes sont tuméfiées, empâtées, formant une sorte de renflement arrondi, tandis que l'extrémité des doigts reste normale et paraît d'autant plus effilée par contraste. C'est la déformation considérée par M. le professeur Fournier comme caractéristique de l'infection articulaire blennorrhagique de la main et désignée par lui sous le nom de « doigts en radis » ou « doigts en fuseau ». Les articulations des deux pouces sont absolument indemnes.

A la palpation on sent un empâtement diffus périarticulaire, une sorte de rénitence peu douloureuse de consistance uniforme. Pas de fluctuation.

Les douleurs spontanées n'existent qu'à peine, mais elles sont réveillées par les mouvements, d'ailleurs limités, qu'on peut imprimer aux articulations.

Les autres articulations du corps, la tibio-tarsienne en particulier, sont indemnes. Le malade a seulement ressenti quelques douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite. Cette articulation n'est pas tuméfiée, mais elle est sensible à la palpation et les monvements dont elle est le siège sont légèrement douloureux.

Aucune autre complication, soit du côté des organes génitaux et urinaires, soit du côté des viscères (cœur, plèvre, etc.).

Toutefois le malade a présenté à plusieurs reprises des poussées de conjonctivite, que, d'après certains de ses caractères (insensibilité, récidives incessantes, guérison rapide sans l'emploi de topiques actifs), nous croyons devoir rattacher bien plutôt à la diathèse rhumatismale qu'à une contamination gonococcique directe.

Le traitement suivi avant son entrée à l'hôpital pour la chaudepisse a été nul (tisanes émollientes, queues de cerises, chiendent, etc.). Traitement institué depuis son entrée : grands lavages au permanganate de potasse.

Les cas d'arthropathies présentant ces localisations et une semblable physionomie, considérés par certains auteurs et notamment par le professeur Fournier comme tout à fait pathognomoniques, de l'infection articulaire d'origine blennorrhagique, ne sont pas absolument rares. Aussi l'intérêt de cette observation réside-t-il bien plus dans les constatations anatomo-pathologiques dues à l'emploi de la radiographie que dans la description clinique de cette affection bien connue.

On peut en effet remarquer sur la planche radiographique que nous devons à l'obligeance de M. Brault, l'intégrité parfaite de tout le système osseux, périostique et cartilagineux des deux mains.

On y distingue nettement aussi les renflements dus à l'infiltration des tissus cellulaires péri-articulaires, mais les extrémités épiphysaires phalango-phalanginiennes et leurs surfaces articulaires paraissent indemnes de tout travail inflammatoire.

Dans cette forme du rhumatisme blennorrhagique des mains, et à cette période du moins, il faut donc admettre la non-participation du système osseux et périostique au processus inflammatoire de la région.

C'est à cette particularité anatomo-pathologique qu'il faut attribuer sans doute la bénignité de cette affection qui ne revêt presque jamais les formes plastiques ankylosantes considérées par certains auteurs comme les conséquences d'arthrites aiguës dans lesquelles le gonflement des tissus périarticulaires se complique du gonflement des extrémités osseuses et périostiques et d'altérations cartilagineuses.

M. Jacquet. — Je pense que la radiographie ne permet pas d'éliminer un processus osseux en voie d'évolution, car les tissus osseux jeunes se laissent traverser par les rayons.

M. Balzer. — Je partage l'opinion de M. Jacquet. Le tissu osseux jeune peut se couper avec le rasoir. A ce sujet, la récente communication de M. Retterer à la Société de biologie est fort instructive.

M. Moty. — Je pense de même et voici pourquoi. A la suite d'une fracture les 2 segments furent réunis par suture. Radiographiée, la fracture ne présentait aucune production de cal, aucune consolidation, et cependant le malade pouvait remuer le membre fracturé. La consolidation se faisait en réalité, mais l'os jeune se laissait traverser par les rayons.

Enfant né d'une mère syphilitique et présentant à l'avant-bras une malformation qui semble être une amputation congénitale.

Par M. PAUL BAR.

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter est né dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine,le 16 mars dernier.

Sa mère est une femme de 24 ans, multipare. Elle s'est mariée à l'âge 17 ans; jusque-là elle n'avait guère été malade. Elle avait été seulement atteinte à 4 ans d'une coqueluche. Elle ne présente aucune malformation. Elle ne connaît dans sa famille ni dans celle de son mari personne qui présente une anomalie analogue à celle qu'a son enfant. Elle devint enceinte au mois d'avril 1891, immédiatement après son mariage, et s'aperçut, dès le début de sa grossesse, de la présence de plaques à la vulve; mais elle ne suivit aucun traitement. Elle accoucha au septième mois d'un enfant mort et macéré. On ne sait si l'enfant était porteur de malformations.

Trois mois après sa délivrance, elle vit son mari entrer à l'hôpital Saint-Louis, elle y entra elle-même; on lui dit, nous rapporte-t-elle, qu'elle était atteinte de syphilis. De l'enquête que nous avons faite, il résulte que sa pancarte portait le diagnostic « Roséole ». On cautérise les plaques qu'elle porte à la vulve; elle prend quinze pilules de protoiodure d'hydrargyre et plusieurs flacons d'une solution d'iodure de potassium.

Notre malade devient enceinte une seconde fois, un an plus tard; elle accoucha au huitième mois d'une fille macérée.

En 1893 elle devient veuve et se remarie après avoir pris pendant plusieurs mois de l'iodure de potassium. Elle ne présentait,à ce moment, nous dit-elle, aucun accident apparent de syphilis.

Son mari actuel est bien portant et n'a jamais eu d'accidents syphilitiques.

Elle devient enceinte une troisième fois, et accouche à terme d'un enfant qui meurt au bout d'un mois.

Elle est enfin enceinte une quatrième fois en 1897. La grossesse se poursuit sans aucun incident et se termine à terme par l'expulsion d'un enfant très volumineux (3,800 gr.) paraissant très vigoureux, mais qui porte au membre supérieur gauche la malformation suivante : Le bras est de forme et de dimensions normales. L'articulation du coude n'est le siège d'aucune anomalie, mais à 2 centimètres environ du pli du coude, l'avant-bras semble amputé. Le moignon ainsi formé présente à son extrémité une manchette au centre de laquelle est une dépression. Du fond de celle-ci s'élève une saillie polypiforme, charnue, d'apparence molluscoïde.

L'examen histologique nous a montré qu'en aucun point il n'y a de tissu cicatriciel. La petite masse polypiforme est constituée par du tissu fibreux recouvert d'une couche épidermique complète. La peau sur laquelle elle s'insère a une structure normale. Au cours de la biopsie que nous avons pratiquée il s'est écoulé une assez grande quantité d'une substance d'apparence

crémeuse, et entièrement formée de graisse. Il semble, à la palpation du moignon, que les deux os de l'avant-bras sont bien formés, et qu'ils sont nettement coupés au niveau de leur diaphyse. L'examen radioscopique ne nous a malheureusement été d'aucune utilité, nous n'avons pu distinguer les os qui sont probablement cartilagineux.

Le placenta ne présentait aucune malformation et l'amnios était intact.

Ce fait nous a paru être intéressant :

1° Au point de vue de l'anomalie dont cet enfant est porteur. Malgré l'apparence, il ne s'agit pas d'une amputation congénitale. Le défaut d'ossification des os de l'avant-bras, l'absence de tissu cicatriciel au bout du moignon, la présence de cette petite masse polypiforme et qui est peut-être le rudiment d'un membre, l'absence de brides sur l'amnios doivent nous faire penser qu'il s'agit peut-être d'un cas d'ectromélie simulant une amputation congénitale.

2° Quel que soit le diagnostic porté, ce fait est encore intéressant parce que l'enfant est née d'une mère syphilitique; que celle-ci, mariée à un syphilitique, a eu peu de temps après le début de la syphilis deux enfants morts et macérés. Mariée ensuite à un homme sain, elle eut deux enfants qui naquirent à terme : le premier qui mourut en moins d'un mois, à la suite d'accidents indéterminés; le dernier, qui naquit sept ans après le début de la syphilis, est très vigoureux, mais se présente avec l'anomalie que nous venons de décrire.

M. Barthélemy. — L'observation si intéressante de M. le Dr Bar apporte un document de plus à l'enquête qui est ouverte sous l'impulsion de M. le professeur Fournier et, d'après mes recherches personnelles, sur la part qu'il convient d'attribuer à l'hérédité syphilitique dans les insuffisances de structure et de résistance, tares, malformations ou atrophies, monstruosités et stigmates de dégénérescence, partant, soit sur l'ensemble de l'organisme, soit sur un seul organe, glande ou tissu.

Dans toutes les observations relatant des faits de ce genre, l'étiologie n'est pas recherchée. Certes la syphilis n'a pas le monopole de ces tristes résultats; mais les nombreuses observations publiées dans ces derniers temps montrent qu'elle est loin d'y être étrangère : on verra plus tard dans quelle mesure. Il y a lieu de noter aussi les nævus, plats et vasculaires, qu'on observe sur cet enfant.

Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux.

Par M. Hallopeau.

C'est le quatrième cas de cette nature que nous avons l'honneur de présenter à la Société : un autre a été publié par M. Darier.

Cette modalité éruptive paraît donc n'être pas très rare.

L'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Th..., âgée de 60 ans, entrée salle Lugol, lit n° 10, le 27 mars 1898, est de constitution vigoureuse. Sa santé antérieure a été généralement bonne. L'éruption actuelle date d'il y a 2 ans. On n'a pu obtenir des détails précis sur ses caractères initiaux. Les lésions élémentaires sont des taches blanches, arrondies, présentant, pour la plupart, dans leur partie centrale une dépression punctiforme ; un certain nombre d'entre elles sont entourées d'un fin réseau vasculaire. Elles ne sont, en général, ni déprimées, ni saillantes ; quelques-unes seulement font un léger relief ; leurs contours, polygonaux ou arrondis, sont nettement limités ; leur surface est d'un blanc brillant ; les éléments sont isolés, ou agminés, plaques irrégulières, ou confluents.

Quelques-unes de ces plaques sont disséminées au-devant et au-dessus des seins ; le groupe le plus remarquable est une large nappe qui s'étend transversalement entre ces organes et au-dessous d'eux et remonte jusqu'à leur partie la plus élevée ; les éléments éruptifs, à ce niveau, sont confluents. Ils sont révélés par d'innombrables dépressions punctiformes et l'augmentation de la consistance de la peau.

Tous ces éléments sont décolorés ; nulle part, on ne voit la coloration habituelle du lichen plan. Les dépressions punctiformes signalées sont occupées par des concrétions squameuses.

Des placards semblables, mais moins étendus, siègent vers le milieu de la clavicule et à la partie inférieure du cou. On en trouve en arrière, sur la partie médiane de la région lombaire ; les éléments y sont agminés ; leurs dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille. Ici, les papules forment un léger relief et quelques-unes ont une coloration rosée. On y remarque toujours les mêmes dépressions punctiformes. La malade accuse des démangeaisons très vives sur ces régions.

Les faces palmaires des avant-bras sont également intéressées.

Les membres inférieurs sont indemnes.

La cavité buccale est intacte.

Ce fait nous paraît digne d'intérêt, surtout en raison des caractères de la plaque inter-mammaire ; les éléments y sont tellement confluents que, sans les dépressions punctiformes qui les révèlent, il serait impossible de reconnaître la nature de l'éruption ; on n'avait pas encore signalé cette variété de lichen en nappe aussi étendue.

Un autre fait digne de remarque, déjà signalé plusieurs fois, et qui paraît être de règle dans cette forme de lichen, est l'absence complète d'éléments colorés : en présence d'une semblable dermatose, on est toujours porté à se demander si l'on a affaire à des lésions primitivement scléreuses et achromiques ou s'il s'agit d'une transformation régressive d'éléments vulgaires de lichen de Wilson ; les faits sont en faveur de la première interprétation, car, s'il en était autrement, on verrait des papules banales de lichen se produire aux phases initiales de leur développement : dans aucun cas il n'en est ainsi.

L'existence de vives sensations prurigineuses au niveau de ces éléments scléreux indique encore qu'ils représentent des éléments en activité.

Nous noterons enfin l'aspect absolument plat de la plupart des éléments; il contraste avec ce que l'on observe dans la forme classique où au contraire les éléments forment le plus souvent un relief appréciable.

Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis.

Par M. SAUVINEAU.

Des altérations du fond de l'œil s'observent fréquemment dans l'hérédo-syphilis. Mais elles ont une importance très variable au point de vue du diagnostic. Celui-ci n'est pas douteux, lorsqu'on observe ces taches atrophiques et pigmentaires, dues à une chorio-rétinite, analogue à ce qu'on rencontre dans la syphilis acquise. Il ne l'est pas davantage, à notre avis, quand on trouve au fond de l'œil les lésions caractéristiques de la rétinite pigmentaire dite congénitale, dont jusqu'ici on a ignoré l'origine et que nous croyons, d'accord avec M. Galezowski devoir être rattachée à la syphilis héréditaire. Avec M. le professeur Fournier, nous vous en avons présenté, en 1896, une observation qui nous paraît concluante.

Mais en dehors de ces cas bien tranchés, il en est d'autres et très nombreux sur lesquels l'attention a été peu attirée jusqu'ici, et où les lésions très peu marquées ne sont que de simples vestiges du processus ancien. Ce sont trois fillettes présentant des cas de ce genre que je vous présente aujourd'hui.

Deux d'entre elles appartiennent au service de M. le professeur Fournier. La troisième, sœur d'une des deux premières, est dans le service de M. le Dr Balzer.

Respectivement âgées de 12, 10 et 8 ans, elles présentent toutes trois des stigmates divers d'hérédo-syphilis. Chez les deux plus jeunes, sœurs de père et de mère, ce sont des cicatrices cutanées, des malformations dentaires, etc., de l'incontinence d'urine chez l'une, une syphilide tuberculeuse du nez et de la lèvre supérieure chez l'autre.

Pour la troisième fillette, on est frappé à première vue par le manque de développement physique de l'enfant, laquelle, âgée de 12 ans et demi, en paraît bien 6 à 7 au plus. Son développement intellectuel présente un retard analogue. On constate de plus une asymétrie crânienne et faciale très marquée, des malformations du pavillon de l'oreille, une vulnérabilité dentaire très marquée, enfin un léger strabisme convergent alternant.

Chez ces trois fillettes, on retrouve, à des degrés divers, très marquées chez la plus âgée, un peu moins bien caractérisées chez les deux autres, mais très manifestes encore, les lésions du nerf optique, sur lesquelles je désire attirer votre attention.

M. Antonelli (de Naples) dans un travail sur les « stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire » mentionne les altérations de la papille optique, parmi ces stigmates rudimentaires, au même titre que les modifications pigmentaires, les lésions vasculaires, etc. A tort suivant nous, car les lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis, loin d'être rudimentaires, sont très franchement et nettement caractérisées dans la plupart des cas.

Les modifications pigmentaires proprement dites mériteraient peut-être, à plus juste titre, ce terme de stigmates rudimentaires. Mais il ne nous paraît pas admissible qu'on rattache directement à l'hérédo-syphilis ces modifications pigmentaires (cadre pigmentaire péri-papillaire, raréfaction de l'épithélium rétinien, aspect tigré de la choroïde, etc.). Elles ont toujours été considérées jusqu'ici et décrites dans les atlas d'ophtalmoscopie comme de simples anomalies. Nous les avons recherchées systématiquement chez de nombreux malades hérédo-syphilitiques du service de M. Fournier, et si nous les avons rencontrées assez fréquemment chez ces malades, en revanche nous les avons observées non moins souvent en ville et dans divers hôpitaux, chez des sujets de tout âge, manifestement indemnes de toute syphilis, soit héréditaire soit acquise. Les anomalies pigmentaires n'ont dont pas de signification nette, au point de vue du diagnostic. Elles ne doivent être considérées que comme de simples stigmates de *dégénérescence*, pouvant tenir, il est vrai, à l'hérédo-syphilis, mais pouvant aussi être liées à toutes les autres hérédités pathologiques. Il ne faut pas, en un mot, y attacher plus d'importance qu'à tout autre stigmate de dégénérescence, tel que la pigmentation anormale des iris, l'inégalité ou les malformations congénitales de la papille, etc.

Tout autre est la signification des lésions du nerf optique. Celles-ci sont des traces plus ou moins prononcées, mais toujours manifestes quand elles existent, d'une névrite optique, constamment bilatérale. La papille optique est plus ou moins décolorée, mais d'une teinte blanc grisâtre ou blanche uniforme ; on ne voit jamais la lame criblée. La papille est plate, sans excavation. Quelquefois même, elle présente encore, chez les très jeunes sujets, une légère saillie. Les bord sont flous, parfois tout à fait invisibles, soit sur tout le pourtour de la papille, soit par segments. Les veines sont volumineuses, les artères grêles et recouvertes par places par des exsudats anciens, généralement au niveau des limites de la papille ou sur la papille même. L'origine des veines est parfois également recouverte.

Ces traces de névrite optique peuvent coexister avec des anomalies

pigmentaires, mais il n'est pas rare de les observer absolument isolées. Dans certains cas, la papille s'étend et se confond sans limites précises avec la rétine voisine et paraît entourée d'un anneau d'aspect grenu, grisâtre. Mais à l'image droite, on constate aisément que cet aspect est dû à la régression et à la transformation des exsudats anciens et non à des modifications pigmentaires.

Ces lésions, qu'on n'observe pas chez les sujets sains, se rencontrent d'une façon extrêmement fréquente dans la syphilis héréditaire, plus marquées surtout chez les jeunes sujets. Il nous paraît donc rationnel de les rattacher directement à la syphilis héréditaire, soit que l'infection syphilitique ait déterminé chez ces sujets une névrite périphérique, soit qu'elle ait touché les nerfs optiques par l'intermédiaire d'une méningite basilaire.

En résumé, nous pouvons conclure :

1° Les traces de névrite optique existent fréquemment dans la syphilis héréditaire. Leur présence constitue en faveur du diagnostic un caractère de premier ordre.

2° Les modifications pigmentaires doivent être envisagées comme un simple et banal stigmate de dégénérescence.

M. Barthélemy. — Qu'il me soit permis d'appuyer sur la communication de M. Sauvineau et sur la distinction si juste qu'il fait entre les lésions directement hérédo-syphilitiques et les stigmates, les dystrophies et les anomalies de structure que l'hérédité syphilitique a pu créer ou laisser se produire dans le fond de l'œil. Cette conclusion est, à mon avis, celle qui se rapproche le plus de la vérité. Les premières lésions sont curables par les spécifiques ; les secondes sont justiciables des modificateurs généraux et constituent de simples stigmates de dégénérescence qu'inflige à courte échéance la tare syphilitique à la race humaine.

Deux cas de paralysie générale pseudo-conjugale et post-conjugale.

Par MM. P. Spillmann et G. Étienne.

Un certain nombre de cas de paralysie générale conjugale ont déjà été publiés (1) (Goldschmitt, Ziehen, Wendel, Westphal, Evrard, Rebis, Callem, Acker, Morel-Lavallée, Devez). Nous signalons cependant les deux faits suivants, en raison des circonstances plus complexes qu'ils présentent, bien propres à montrer combien, dans l'état actuel de nos connaissances, il faut être réservé avant de

(1) Denfler. *Syphilis et paralysie générale.* Thèse de Nancy, 1893.
Henry. *Thèse*, Bordeaux, 1893-1894. Cet auteur signale 23 cas.

nier la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint de démence progressive.

Ces observations nous paraissent, en outre, venir à l'appui de l'hypothèse de M. Morel-Lavallée qui pense que certaines syphilis, une certaine graine de syphilis, auraient particulièrement tendance à attaquer le système nerveux.

Observation I. — Mlle P..., âgée de 29 ans, appartenant à une bonne famille de la campagne, est amenée le 23 octobre 1897 à la clinique.

Nous ne trouvons rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Elle n'aurait jamais été malade, lorsqu'il y a un an, dans des circonstances restées obscures, elle fit une chute dans une cave et se fit ainsi une petite plaie du cuir chevelu qui évolua normalement et se cicatrisa rapidement.

Il paraît établi que depuis un mois avant cette chute, la malade aurait déjà présenté de légers troubles de la parole. Mais deux mois après cet accident les modifications de la parole devinrent très frappantes et apparurent les troubles de l'intelligence et les tremblements.

État actuel. — La malade est absolument hébétée ; toutes ses facultés intellectuelles sont très amoindries ; elle comprend les questions qu'on lui pose, mais y répond difficilement, d'une voix saccadée ; elle se rappelle son âge, mais pas la date de sa naissance, malgré ses efforts pour arriver à préciser.

Hallucinations ; nuits agitées ; alternatives d'excitation et de dépression.

Céphalée intense.

L'inégalité pupillaire existe, mais n'est pas permanente.

Pas de nystagmus.

La recherche des modifications des sensibilités est impossible.

Les réflexes sont exagérés.

La force musculaire est conservée ; la malade peut marcher.

Tremblement rapide des mains ; tremblements fibrillaires de la langue.

On est obligé d'alimenter la malade.

Incontinence des urines et des matières fécales.

L'haleine est très fétide.

Par principe, on institue le traitement mercuriel sous forme d'injection d'huile grise, joint au traitement ioduré à forte dose.

4 décembre. La malade ne peut exécuter au commandement les mouvements les plus simples ; elle ne peut marcher seule.

Tremblement des muscles de la face au repos ; tremblement des mains et des doigts au repos et au mouvement, permanent, à oscillations rapides et de moyenne amplitude.

Trémulations linguales, labiales et faciales ; parole caractéristique.

La malade ne peut trouver son nom, la localité de sa naissance, mais elle peut les répéter lorsqu'on les prononce devant elle, ou en achever la dernière syllabe. Elle ne peut reproduire une phrase de plus de trois mots.

Gâtisme nocturne ; pendant la journée, la malade peut retenir les

matières à condition que, à chaque instant, on la conduise à la garde-robe.

Pas d'inégalité pupillaire.

Les réflexes du genou sont conservés ; pas de phénomène du pied.

Sortie le 3 décembre.

Dans cette observation, le diagnostic de paralysie générale, à type déprimé, sans mégalomanie, avec ses modalités assez spéciales à la femme, ne peut faire de doute. Mais nous ne trouvions pas trace d'infection syphilitique chez cette fille de la campagne, appartenant à une bonne famille, lorsque, par une source sûre, nous avons appris qu'il y a une dizaine d'années, elle avait eu des relations sexuelles discrètes, mais certaines, avec un officier d'infanterie ayant contracté, plusieurs années auparavant, une syphilis qui resta incomplètement traitée ; à cette époque, il avait des plaques muqueuses, et lui-même succomba, au mois d'août dernier, à Marseille, aux atteintes d'une paralysie générale.

Obs. II. — R..., forgeron, se marie en 1887, à 27 ans ; pendant son service militaire, il contracte un chancre induré qui a été traité par des pilules pendant 4 mois. Pas d'autre traitement. Pas d'alcoolisme.

En 1893, hésitation de la parole, tremblement, idées délirantes ; ictus avec hémiplégie droite. Mort 6 mois après.

Pendant son mariage, sa femme a eu trois grossesses, qui, toutes, se sont terminées à sept mois par la naissance prématurée d'un fœtus mort et macéré.

Dix-huit mois après son veuvage, cette femme se remarie avec un homme bien portant, dont elle n'a pas d'enfant.

Elle se présente à l'un de nous en février 1897 ; elle a 33 ans et est en pleine paralysie générale, avec parole hésitante, scandée ; troubles de la mémoire ; tremblement de la langue et des membres ; inégalité pupillaire ; idées délirantes.

La malade affirme n'avoir jamais eu ni boutons ni taches sur le corps. Étant donné l'état psychique de la femme, ce renseignement est évidemment sujet à caution ; mais s'il est exact, la question se poserait d'une syphilisation conceptionnelle.

Leucoplasie et épithélioma primitif de la voûte palatine chez un ancien syphilitique.

Par M. J. Brault.

Au dire des auteurs, l'épithélioma primitif de la voûte palatine est encore plus *rare* que l'épithélioma primitif du voile qui est déjà une lésion tout à fait exceptionnelle.

Cette année nous avons eu cependant l'occasion d'en observer un

cas des plus typiques et *la rareté extrême du fait* nous engage à publier cette observation et à la présenter à la Société :

Observation. — G..., retraité de la marine, âgé de 69 ans, d'une très robuste constitution, vient nous consulter le 20 octobre 1897.

Depuis deux mois environ, il souffre de violentes névralgies et a remarqué qu'il était porteur d'une plaie à la voûte palatine. Il n'a fait jusqu'à présent que des lavages boriqués et quelques applications de chlorate de potasse qui lui ont été conseillées.

L'interrogatoire nous apprend que le malade a eu une syphilis il y a environ 40 ans, il a eu des accidents secondaires légers, puis un testicule syphilitique et enfin une choroïdite double, lésions qui ont cédé à un traitement spécifique énergique. Je dois ajouter en passant, à titre de simple remarque bien entendu, que presque tous les gens atteints d'épithélioma buccal ou *surtout lingual* que j'ai pu voir, avaient eu la syphilis dans leur jeunesse.

G... raconte qu'il y a deux ans, il se brûla le palais avec de l'eau sédative avalée par mégarde. Depuis, sans bien préciser, il a vu survenir dans cette région, ce qu'il appelle des « *peaux* »; ce n'est que depuis deux mois environ que cette desquamation en larges placards a fait place à une ulcération.

Au moment où j'examine le malade il existe à droite, en pleine voûte palatine, une ulcération à fond grisâtre à peu près de la dimension d'une pièce d'un franc, en un point le squelette est déjà à nu et tranche sur le reste par sa coloration brun noirâtre. Le pourtour de la plaie qui saigne peu est *à peine bourgeonnant,* il y a simplement un léger bourrelet induré. Tout autour, la muqueuse est recouverte de *lambeaux blanchâtres* prêts à desquamer. L'haleine est fétide. Il n'y a rien par ailleurs dans la bouche, sur les joues, etc. ; il *s'agit bien d'une ulcération primitive de la voûte.* Des deux côtés je rencontre des ganglions sous-maxillaires, plus volumineux à droite; de ce côté l'on sent également une adénite sous-mastoïdienne.

Le malade souffre beaucoup depuis quelques jours, il se plaint de douleurs violentes dans l'oreille et dans l'orbite du côté droit. Ces douleurs ne sont pas exclusivement nocturnes, elles reviennent d'une façon irrégulière et par crises très pénibles. L'état général reste bon, l'appétit seul a un peu faibli.

En face de cette *desquamation préalable*, de l'aspect de la lésion et de l'*engorgement ganglionnaire*, je pose le diagnostic *d'épithélioma primitif* de la voûte palatine consécutif à une phase de *leucoplasie*.

Étant donnés l'envahissement ganglionnaire des deux côtés, le siège des lésions, toute intervention me semble contre-indiquée.

Le malade réclame, en raison de ses antécédents, le traitement antisyphilitique qui l'a déjà sauvé deux fois, dit-il, dans son existence. A regret, je lui prescris de l'iodure à doses progressives jusqu'à 6 grammes et des frictions mercurielles, en lui recommandant de s'arrêter de bonne heure s'il ne voyait pas d'amélioration. J'institue en outre le traitement de Cerny de Prague par le mélange d'acide arsénieux dans l'eau et l'alcool (1).

(1) Voir *Semaine médicale*, p. 161, 1897.

Cette préparation m'a bien servi dans quelques cas de cancroïdes de la face, *l'un d'eux qui siégeait sur une aile du nez, n'a pas récidivé depuis un an* (1).

Quatre semaines plus tard, je revois le patient, il n'y a pas eu de notable amélioration, l'état général périclite, le malade a pris la teinte jaune paille caractéristique, il a considérablement maigri. Les ganglions ont augmenté de volume surtout dans la région sous-mastoïdienne droite. Les douleurs sont de plus en plus vives, intolérables à certains moments; j'extrais un séquestre qui pointe et devient offensant pour la langue.

J'en profite pour prélever un petit fragment du néoplasme afin de pratiquer un examen histologique. (Ce dernier nous a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.) Le traitement local est continué, antisepsie buccale, cautérisations avec le liquide de Cerny, piqûres de morphine dans les crises douloureuses.

Pendant tout le mois suivant, je revois à diverses reprises le malade qui est obligé maintenant de garder la chambre.

Les adénites sous-maxillaires et sous-mastoïdiennes *sont devenues énormes* ; les douleurs persistent malgré tous les calmants prescrits et ne cèdent que momentanément à la morphine; le malade mène une existence des plus lamentables, l'appétit est nul, les forces déclinent rapidement, la salivation est abondante, il y a de temps à autre des tendances à la syncope.

L'état local cependant n'est vraiment pas mauvais, il y a bien une perforation assez large, mais l'ulcère est asséché, nettoyé et l'haleine ne présente plus une aussi grande fétidité (2).

Malheureusemeut, ganglions et cachexie progressent, les forces déclinent de plus en plus et le malade meurt le 15 février 1898.

Telle est cette observation qui peut prendre place à côté d'un cas semblable signalé par M. Brissaud, en raison de la leucoplasie palatine qui a précédé le développement de l'épithélioma. Je tiens surtout à insister en terminant sur les symptômes cardinaux qui ont marqué l'évolution de cette affection: *leucoplasie préalable*, épithélioma à *développement accéléré* et térébrant, *attaque rapide du squelette*, *adénopathies très considérables*, douleurs irradiées du côté de l'oreille et de l'orbite, douleurs à la fois aiguës et tenaces.

(1) A rapprocher de la communication de M. Hermet dans la dernière séance.

(2) Le traitement de Cerny m'a donné également une amélioration locale dans un cancer de la langue inopérable, mais c'est tout, il ne peut pas grand'chose sur l'épithélioma des muqueuses et rien sur l'adénopathie.

Lèpre tuberculeuse traitée par les injections de calomel.

Par M. J. Brault.

D'après ce que j'ai pu lire, Crocker aurait eu deux succès en appliquant les injections de calomel au traitement de la lèpre; j'ai voulu essayer à mon tour ce mode thérapeutique. Voici mon observation.

S. A... entre le 2 février 1898 dans notre clinique annexe (pays chauds); elle est âgée de 16 ans, et présente, comme on va le voir, tous les attributs de la lèpre tuberculeuse.

Elle ne fait pas partie du groupe connu à Alger et habitant plus particulièrement « la Carrière »; elle vient de Blidah, où elle est née de parents espagnols originaires des environs de Valence et arrivés tout jeunes en Algérie. Elle-même n'a jamais quitté le pays qu'une seule fois, pour aller très peu de temps à Marseille (1).

Elle nie, ainsi que sa mère, toute espèce d'antécédents héréditaires; mais en l'interrogeant nous apprenons qu'elle a déjà été soignée autrefois par le Dr Glorget à Blidah lorsqu'elle était petite fille. En nous reportant à la thèse de notre confrère (Montpellier, 1889), nous y trouvons non seulement la relation de ce qu'elle présentait déjà à cette époque, mais *encore l'histoire détaillée de sa grand'mère qui a succombé à l'affection.* Le père et la mère sont très bien portants. Cette dernière *couche habituellement* avec sa fille, *souvent elle mange les mets que celle-ci laisse;* malgré cela, elle est parfaitement indemne et en très bonne santé.

S. A... a plusieurs frères et sœurs ; sa sœur aînée, âgée de 18 ans, ne présente absolument rien, mais au dire de quelqu'un qui connaît la famille, un frère venant après elle serait mort de la maladie ; j'ai vu deux autres de ses sœurs plus jeunes, l'une d'elles, âgée de 6 ans, a présenté sur les avant-bras une éruption douteuse qui a laissé des cicatrices ponctuées. Tels sont les renseignements sur la famille.

Lorsque notre jeune personne fut soumise à l'observation de notre confrère, M. Glorget, en 1889, elle était atteinte déjà depuis au moins deux ans ; elle avait eu une première macule à la face interne du bras droit et une éruption de taches semblables sur les membres et la face.

Au moment de son séjour à l'hôpital de Blidah, elle avait déjà un peu le facies léonin, mais très peu accentué, ainsi que l'on peut en juger par la photographie de cette époque(2). Elle présentait de l'anesthésie au niveau des taches légèrement surélevées, de l'extinction de voix. Il n'y avait pas d'autres troubles nerveux ou viscéraux.

Actuellement, huit ans plus tard, les lésions ont grandement marché.

(1) Outre cette jeune fille, j'ai pu observer, ces temps derniers, deux cas de lèpre chez des israélites qui sont venus me consulter: une forme mixte chez un homme et une forme tuberculeuse atténuée siégeant à la face chez une septuagénaire.

(2) Voir thèse de Glorget, Montpellier, 1889.

Le visage, couvert d'énormes tubérosités, est le siège d'une infiltration lépromateuse diffuse et présente le type le plus parfait de ce que l'on appelle le masque léonin.

Les sillons naso-géniens semblent profondément creusés, de gros tubercules les surplombent, d'autres se voient sur les régions frontale, sourcilière, la racine du nez, les lèvres et la région mentonnière. Toutes ces parties présentent des reliefs extrêmement mouvementés. Les sourcils sont tombés, mais les cils restent; la chevelure noire est épaisse; l'infiltration lépromateuse qui constitue le masque s'arrête d'ailleurs aux confins du cuir chevelu. Le nez, surtout son aile droite, est surchargé de gros nodules; les lèvres fissuriques présentent des exulcérations grisâtres; les pavillons des oreilles sont également boursouflés et leurs lobules profondément déchiquetés (1).

Il n'y a pas de complications oculaires, mais il existe une rhinite lépreuse assez accentuée, la malade a eu d'ailleurs assez fréquemment des épistaxis; les fosses nasales sont tapissées d'un enduit grisâtre, la cloison est perforée, l'odorat et le goût sont cependant conservés (2).

La langue tubéreuse et fissurée est également typique, enfin l'on rencontre des ulcérations à la voûte palatine, en arrière de l'arcade dentaire supérieure.

Il n'y a pas de lésions laryngées, la voix a conservé son timbre jeune et contraste au plus haut degré avec le facies horriblement vieilli de cette toute jeune fille.

Le tronc, peu développé, est à peu près indemne, mais en revanche, la peau des membres, surtout dans le segment inférieur, est largement bourrée et zébrée de nodules et de macules de coloration plus ou moins foncée. Tout cela se sent encore mieux que cela ne se voit. Les cuisses sont aussi atteintes, il en est de même des fesses qui sont profondément infiltrées, il n'y a pas toutefois nettement de nodules hypodermiques purs. D'une façon générale, les membres inférieurs, augmentés de volume, présentent tous les caractères d'un œdème pseudo-éléphantiasique.

Dans tous les points où des pressions s'exercent de préférence, il y a tendance à l'exulcération : au niveau de l'olécrâne, à l'extrémité des orteils, à la face antérieure des tibias. Sur la jambe gauche, l'on remarque une ulcération presque du diamètre d'une pièce de cinq francs; dans le voisinage on voit des cicatrices chéloïdiques qui reconnaissent la même origine.

Malgré un examen minutieux, l'on ne trouve nulle part d'adénopathies.

Il n'y a aucun nodule névritique, aucune déformation ou mutilation, aucune paralysie ou parésie motrice, les réflexes sont normaux. La malade qui aurait, à son dire, présenté à un certain moment des zones anesthésiques, n'est insensible qu'au centre des parties exulcérées que nous avons signalées chemin faisant. Ajoutons à cela un peu de cyanose des extrémités.

(1) Tout cela a une teinte fauve caractéristique.
(2) C'est l'habitude.

Je le répète, les divers sens : goût, odorat, ouïe, vue, toucher, sont normaux.

La lèpre touche volontiers l'appareil génital ; MM. Hallopeau et Jeanselme ont rapporté ici même un beau cas d'orchite lépreuse à poussées aiguës (1). Notre malade, atteinte avant la puberté, a présenté, comme c'est l'habitude, un arrêt ou du moins un retard du côté de ses fonctions génitales : elle n'est pas encore réglée à 16 ans, ce qui est tout à fait extraordinaire dans nos pays.

L'analyse des urines faite sommairement a donné :

Albumine	0
Sucre	0
Urée	23 gr.
Phosphates	2 gr. 50

Il n'existe pas de troubles viscéraux, la percussion donne une matité normale pour le foie et pour la rate, les poumons sont sains. La malade d'ailleurs jusqu'en ces derniers temps a travaillé comme ménagère, les forces et l'appétit sont conservés.

Le bacille a été recherché dans le mucus nasal et *dans les fissures des lèvres;* dès le premier examen nous l'avons trouvé, nous avons répété plusieurs fois l'expérience à notre laboratoire, nous l'avons toujours rencontré en amas discrets dans les cellules, en colorant par le Ziehl et en décolorant avec la *solution* nitrique au tiers (2).

Tel est ce type aussi pur et aussi complet que possible de lèpre tuberculeuse, de lèpre systématisée tégumentaire.

Passons au traitement, il a consisté dans des pulvérisations phéniquées pour la bouche et la face, l'administration de chlorate, d'iodure à doses progressives jusqu'à 6 grammes et d'injections de calomel. Nous avons, en outre, fait des applicatious de pâte à l'oxyde de zinc mentholée de M. Besnier sur les ulcérations cutanées.

Pour le traitement iodurique, nous avons augmenté la dose par bonds quotidiens de 50 centigr. et nous sommes rapidement arrivé à la dose de 6 grammes, à laquelle la malade se tient depuis plus de cinq semaines.

Notre jeune fille a montré une remarquable tolérance pour les injections mercurielles ; il est vrai de dire en passant, qu'elle a une bonne dentition (3). A aucun moment, elle n'a présenté cette anémie, cette lassitude que j'ai remarquées souvent chez les psoriasiques (4) lorsque je les soumettais au même traitement ; les urines n'ont jamais été albumineuses.

La malade a reçu une première injection de 5 centigr., puis de huit

(1) Hallopeau et Jeanselme. *Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1893.
(2) Nous avons fait, bien entendu, une double coloration.
(3) On aurait même pu se dispenser de lui donner du chlorate.
(4) *Bulletin de la Société de dermatologie*, juillet 1895 et juillet 1896.

en huit jours, une injection de 10 centigr., elle a eu en tout 4 piqûres, soit: 35 centigr. Dès la deuxième injection, comme avec beaucoup de traitements, une poussée aiguë s'est produite, puis à la suite, il y a eu une accalmie qui dure encore, les macules ont pâli et les nodules se sont un peu affaissés, les ulcérations des lèvres, de la jambe et des coudes se sont cicatrisées ; mais il faut tenir compte que la lèpre est une maladie à fluctuations trompeuses, présentant des rémissions, des trêves et des reprises qui peuvent fort bien leurrer au point de vue de l'efficacité d'un traitement quelconque.

Pour mon compte, je trouve l'amélioration si minime dans le cas actuel, que j'hésite à persister et à continuer les piqûres au calomel.

Il est évident que je me suis attaqué à un cas tout particulièrement grave et ancien et par conséquent très défavorable à la méthode; mais je compte essayer à nouveau, dans des conditions meilleures, et si j'obtiens quelque succès, j'en ferai part à la Société.

Éruption antipyrinique.

Par M. L. Sibut.

Les éruptions dues à l'antipyrine pour connues qu'elles soient sont encore incomplètement classées. Il est nécessaire de distinguer ces éruptions en deux grandes classes cliniques: celles qui s'accompagnent de phénomènes généraux parfois très graves (1) (Ruge), et celles qui intéressent la peau sans déterminer de réaction générale. Ce sont celles-ci qui nous occuperont. Il nous a semblé en effet que le travail le plus récent (2) paru sur la question n'avait pas tenu assez compte de certaines formes éruptives dues à l'antipyrine, qui sont chroniques et méritent le nom de fixes que leur a donné M. Brocq. Justement nous avons eu la bonne fortune d'examiner une malade ainsi atteinte.

Nous allons d'abord tracer le tableau clinique de notre malade.

Andrée G..., âgée de 27 ans, prostituée dite insoumise, entre le 18 janvier 1898, dans le service du Dr Jullien, pour une blennorrhagie. Elle avoue faire commerce de ses charmes depuis six mois environ.

Son père, après avoir toussé et craché le sang pendant cinq ans, est mort d'une hémorrhagie pulmonaire. Sa mère est morte d'une jaunisse de cause inconnue. Elle a six frères et sœurs dispersés et sur lesquels elle ne sait aucune particularité.

(1) Ruge. Ueber einen Fall von Antipyrin Idiosyncrasie. *Berlin. klin. Wochensch.*, nº 32 p, 726.

(2) Clément. Thèse de Paris, 1896-1897. *Des accidents dus à l'antipyrine.*

Elle-même a souffert de 3 à 10 ans d'un mal de Pott cervical, dont son squelette a conservé les marques sous forme d'une déviation rachidienne et d'un torticolis symptomatique.

Elle a eu à 17 ans et demi un garçon de père inconnu, dont l'accouchement prématuré (huit mois) n'a donné lieu à aucun accident. Cet enfant est mort à 15 jours des suites d'une opération nécessitée par une imperforation de l'urèthre.

Elle dit être tombée récemment (trois mois) sur le genou gauche qui se serait déboité. Il persiste en effet une très légère subluxation traumatique du genou en dedans, une difficulté à fléchir le membre et quelquefois des douleurs.

Malgré ses antécédents déplorables, l'auscultation et la percussion ne décèlent aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Elle a une uréthrite à gonocoques et une ulcération du col, avec ectropion de la muqueuse, endocervicite, métrite, vaginite et vulvite.

Elle n'a pas la syphilis.

Depuis l'âge de 16 ans, elle souffrait de migraines hebdomadaires dont elle essayait de se soulager par l'antipyrine. G... usa de ce médicament d'abord en cachets, à la dose quotidienne de 1 gr., rarement deux. Depuis quatre ans, elle n'absorbe que du sirop d'antipyrine, environ deux cuillerées par jour. De ci, de là, à propos d'une rage de dents, d'une lourdeur de tête intercurrente, elle faisait usage de son médicament favori. Il y a donc onze ans qu'elle prend de l'antipyrine au moins une fois la semaine.

Par hasard, il y a six ans, elle constate un jour, en faisant sa toilette, qu'elle a une tache brune dans la région lombaire, cette tache est grande comme une pièce de 1 franc. G... ne s'en inquiète pas, mais sa curiosité est éveillée, elle s'examine souvent et avec attention : la tache grandit peu à peu, fonce en couleur, subissant de nouvelles exacerbations à chaque prise d'antipyrine, si bien que la malade pose elle-même le diagnostic. Quelques démangeaisons légères la tourmentaient au début, mais bientôt éteintes elles n'ont plus jamais reparu.

Actuellement à la partie moyenne du côté gauche du tronc, à 35 millim. environ de la ligne apophysaire rachidienne, on voit une large tache ovalaire, obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors ; ses dimensions sont :

Grand axe supéro-inférieur : 69 millim.;

Petit axe transversal : 43 millim.

Les bords de la tache quoique paraissant bien limités à l'œil nu, sont à la loupe un peu flous. Leurs parties extrêmes sont rosées et leur coloration s'atténue en se diffusant vers les parties saines, stigmate de l'extension continue et par poussées successives de l'affection. La lésion est généralement colorée en brun très sombre, cette coloration va se dégradant du centre à la périphérie. Tout de suite brune à son début, elle a foncé toujours et de plus en plus. Dans la région centrale se voient quelques points plus clairs, chamois, irréguliers, à bords tourmentés et qui sont, croyons-nous, des cicatrices de vésicules antérieures rompues. La peau ne donne au toucher, pas plus qu'à la vue d'ailleurs, nulle sensation d'exhaussement au-dessus des parties voisines, pas plus que d'infiltration ou d'in-

duration. La sensibilité est conservée. La lésion n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression. Elle ne s'efface pas sous le doigt. Il n'y a pas de desquamation.

En différents points du tégument, surtout du tégument dorsal, se voient de petites taches lenticulaires, irrégulières, non saillantes, non infiltrées, de coloration brunâtre mais qui ne paraissent pas être en relation avec les accidents antipyriniques.

L'éruption est essentiellement fixe, car voici bientôt deux mois que la malade ne prend plus d'antipyrine et la lésion cutanée ne s'est en rien modifiée ou atténuée.

A la vue de la malade, notre excellent maître, le docteur Jullien, formula sans hésiter le diagnostic. Il se rappelait en effet avoir observé en 1893 des accidents exactement semblables chez un malade de sa clientèle.

Cette observation a paru dans la thèse de Guilloud (1). Nous allons la résumer.

M. V... consultait M. Jullien pour une syphilis récente. Un jour il montre à notre maître une poussée d'éléments particuliers parus dans la nuit. Il y a cinq éléments répartis ainsi : un sur la face antérieure de la cuisse gauche, un au scrotum, un à la jambe, un à l'avant-bras, face antérieure, l'autre à la face dorsale d'un doigt. « Chacun d'eux offre une légère saillie de la peau qui présente au centre une teinte vineuse violette, à la périphérie la teinte tourne au rouge. La forme est ovale. Les plus grands éléments mesurent 6 centim. dans le grand diamètre, 4 dans le petit. » M. Jullien avoue qu'à cette époque il ne sut quelle étiquette appliquer à cette éruption, bien que le malade fût revenu plusieurs fois lui montrer de semblables accidents. Six mois plus tard le Dr J. Guillaud d'Aix, après avoir montré M. V... au professeur Gailleton de Lyon, lui écrivait : « Je suis fort en peine de mettre un nom sur les taches brunes de M. V.... Elles ne semblent pas vouloir disparaître pour le moment. »

M. Jullien ajoute que peu de temps après, M. Brocq ayant fait sa communication à la Société de dermatologie, il fit venir M. V... chez lui et apprit ainsi que chaque poussée éruptive coïncidait avec une prise de un gramme d'antipyrine.

M. Brocq a relaté l'histoire clinique de plusieurs malades qui avaient plus d'un point de ressemblance avec la nôtre. Nous voulons résumer ici quelques-unes de ces observations magistrales :

1° Femme de 25 ans. Plaque rouge un peu bistre, à bords assez nets, de 3 centim. sur 2, siégeant à la partie antérieure du poignet gauche, fonçant en couleur au moment des règles. Origine : la malade ayant des

(1) GUILLOUD. *Contribution à l'étude des éruptions de l'antipyrine.* Thèse de Paris, 1894.

menstrues douloureuses tentait d'apaiser les douleurs pelviennes par l'antipyrine.

2° Lésion analogue sur la face dorsale de la main droite d'une jeune fille.

3° Dame de 50 ans. Plaques ovalaires assez bien limitées, rouge bistre, surtout sur les bords, pigmentée au centre, siégeant au bras gauche, à l'épaule gauche, à la région lombaire, ayant apparu six mois auparavant. Le placard de la région lombaire mesure 8 centim. sur 5, sa teinte brun noirâtre s'éclaircit sur les bords. Les téguments sont épaissis, infiltrés; la lésion n'est pas douloureuse. Les premières périodes d'activité de la lésion furent marquées par des cuissons accentuées.

4° Observation semblable chez un homme.

Leloy, Claremont, Lemonnier ont cité des faits semblables. Chez le malade de Lemonnier, après la cessation de l'antipyrine, persista longtemps une plaque à la nuque de la dimension d'une pièce de un franc.

Voilà des observations qui, notamment celles (3 et 4) de Brocq, s'identifient beaucoup à la nôtre. Quelques détails d'importance relative les distinguent. Les téguments de la malade de M. Brocq sont infiltrés, ceux de la nôtre sont restés souples. On ne voyait pas chez la malade de M. Brocq les stigmates clairs qui marquent le centre de la lésion chez la nôtre. C'est un point qui mérite de fixer l'attention.

Nous avons dit plus haut que nous considérions ces taches claires comme des vestiges de vésicules préexistantes, rompues et cicatrisées. Il y aurait eu ainsi chez notre malade association de la forme érythémato-pigmentée fixe de M. Brocq et de la forme vésiculaire, dont M. le professeur Fournier a observé un cas des plus intéressants simulant le psoriasis syphilitique palmaire, qui certes aurait égaré tout autre clinicien que lui.

Dans la classification des formes éruptives dues à l'intoxication anipyrinique, Clément (*loc. cit.*) établit les divisions suivantes:

a) Forme érythémateuse simple de courte durée disparaissant à la pression, pas de desquamation, pas de phénomènes généraux;

b) Éruption morbilliforme constituée par de petites papules, de grosseur, de confluence et de couleur variables, surmontées parfois de petites vésicules s'effaçant à la pression;

c) Éruption urticarienne revêtant tous les modes de l'urticaire vraie, dont elle se distinguerait par sa plus longue durée ;

d) Éruption vésiculeuse empruntant toutes les formes de l'herpès ;

e) Éruption bulleuse ;

f) Éruption purpurique.

Cette classification, pour consciencieuse qu'elle soit, ne nous paraît pas complète. Dans laquelle en effet de ces classes faire rentrer les cas d'éruption érythémato-pigmentée fixe chronique ou de longue durée ?

Les quatre derniers groupes distingués par Clément ne sauraient les comprendre. Elles ne peuvent se confondre avec la forme érythémateuse simple qui s'efface à la pression et dure peu, pas plus d'ailleurs qu'avec les éruptions morbilliformes les plus confluentes qui elles aussi disparaissent sous le doigt. Cependant Clément a connu les observations de M. Brocq, mais il ne paraît pas en avoir tenu suffisamment compte, bien qu'il écrive que certaines taches pigmentées foncent au fur et à mesure des poussées, ne disparaissant jamais malgré que l'intoxication antipyrinique n'ait plus lieu et depuis longtemps (4 ans).

Un des caractères particuliers et constants de ces éruptions érythémato-pigmentées fixes est l'absence ou plutôt le peu de durée et le peu d'intensité du prurit. Quand il existe, c'est au début de l'affection.

Bien des théories ont été émises pour expliquer l'influence de l'antipyrine sur la peau de certains sujets : successivement on a accusé les doses importantes, l'accumulation, la préparation chimique du médicament. Pour Behrend, l'antipyrine détermine la formation d'une toxine réagissant sur la peau. Pour Grancher, l'antipyrine bien moins puissante n'aurait que la faculté de réveiller des toxines préexistantes. MM. Besnier et Brocq accusent la prédisposition morbide individuelle que le médicament ne fait que mettre en jeu. Malheureusement un même malade peut être la proie d'éruptions successives objectivement différentes. A Lyon, Renaut et Lépine incriminent une insuffisance temporaire du rein due à l'antipyrine. Bardet croit à un réflexe gastrique chez les prédisposés et Jasewicz appuie cette hypothèse. M. Fournier conçoit les éruptions antipyriniques comme causées par l'accumulation.

Quoi qu'il en soit des explications pathogéniques, l'antipyrine est nocive à certains sujets chez lesquels, sans parler des accidents généraux à forme grave, elle détermine des éruptions polymorphes dont une des principales modalités est la forme érythémato-pigmentée fixe, qui quelquefois peut acquérir un caractère de chronicité désespérant pour le malade et le médecin, d'autant que, à part la suppression, parfois impuissante, du toxique, la thérapeutique est nulle.

M. Du Castel. — J'ai observé parfois des intermittences dans l'intolérance médicamenteuse.

M. Brocq. — Il faut peut-être distinguer les cas où l'antipyrine est pure et ceux où elle est falsifiée. Certains auteurs incriminent uniquement l'antipyrine impure; d'autres prétendent que les accidents sont indépendants de la pureté ou de l'impureté du médicament. Peut-être les deux opinions sont-elles vraies suivant les sujets, ce qui expliquerait en partie l'intolérance intermittente dont a parlé M. Du Castel et que, pour ma part, je n'ai jamais observée.

M. Fournier. — Voici une macule antipyrinique qui persiste depuis six ans et peut-être onze ans, et bien que cette malade ait continué à prendre de l'antipyrine il ne s'est pas produit d'autre éruption. Ce fait me paraît très rare et je ne connais rien de semblable dans la science.

La presque totalité des éruptions antipyriniques sont en effet très fugaces. Je ferai remarquer en passant qu'elles se portent souvent sur la verge.

J'ajoute enfin que souvent l'intolérance médicamenteuse n'a qu'un temps; tel malade qui ne pouvait, par exemple, supporter aucune dose d'iodure de potassium peut, après un ou deux ans, en prendre impunément, sans que nous sachions la raison de ce fait.

M. Brocq. — L'intolérance passagère peut s'observer pour tous les médicaments. Quant à la pigmentation, elle est essentiellement variable suivant les sujets. J'ai observé des macules presque noires et qui ne disparaissaient qu'après plusieurs mois. Quand les malades continuent de prendre l'antipyrine, il est possible de ne plus observer d'éruption intense mais seulement un peu de rougeur qui suffit à entretenir la pigmentation.

M. Sibut. — Cette malade a remarqué en effet que son éruption devient plus foncée chaque fois qu'elle prend une nouvelle dose d'antipyrine.

M. Barthélemy. — Les éruptions médicamenteuses offrent encore bien des inconnues. D'abord, certains sujets sont d'une sensibilité exceptionnelle, comme on le voit pour les éruptions balsamiques par exemple. Mais si l'on persiste à administrer le médicament, une fois produite l'éruption pathogénétique, la tolérance se fait désormais sans plus, et l'éruption médicamenteuse disparaît comme si les balsamiques avaient été supprimés; aussi, maintenant, il m'arrive de ne pas discontinuer le traitement à cause d'une éruption médicamenteuse. M. le Dr Leblond a observé la même chose avec la résorcine. Ayant administré ce médicament par l'estomac jusqu'à la dose de 10 grammes par jour, il y eut des urines noires; chez plusieurs malades, il crut devoir continuer l'administration du médicament qui ne donna plus lieu ultérieurement à aucune espèce d'accident.

M. Besnier. — Depuis que M. Brocq nous a appris à connaître la variété d'*antipyrinide* (1) dont il s'agit, il est devenu aisé de la reconnaître, même réduite à un élément unique. Tout récemment encore, j'ai pu, sans difficulté, établir la nature antipyrinique d'une plaque palmaire vraiment syphiloïde.

Mais ce qui est certainement moins connu, ou peut-être non connu, c'est l'*association* de l'intolérance interne et *externe* pour l'antipyrine : Je viens d'observer une dame d'âge moyen, chez qui l'usage interne de l'antipyrine donne lieu à une urtication générale intense, et qui, atteinte d'une épistaxis abondante, subit un tamponnement narinaire antipyriné.

(1) Les éruptions antipyriniques forment un groupe de toxidermies assez considérable, et assez individualisé à tous les titres pour légitimer la création que je propose du terme abréviatif d'*antipyrinides*. E. B.

Tous les points touchés par le liquide hémostatique écoulé hors des tampons d'ouate, et particulièrement la partie rouge des lèvres, subirent une véritable vésication en même temps qu'il survenait des phénomènes d'uréthrocystite antipyrinique très pénible.

J'ajouterai, à titre documentaire, que la fille de la malade dont il vient d'être question présente la même intolérance que sa mère pour l'antipyrine, et sous la même forme éruptive.

M. Vérité. — Je profite de cette occasion pour appeler l'attention de la Société sur certains remèdes dont la composition est secrète et qui sont préconisés couramment contre la migraine.

Beaucoup d'entre eux renferment de l'antipyrine, d'une façon avouée ou non, et sont susceptibles de provoquer des éruptions antipyriniques ; il faut donc ne les employer qu'avec précaution.

Chancres mous des doigts.

Par M. L. Sibut.

Depuis Ducrey nous comprenons parfaitement que le chancre mou puisse se développer sur tous les points du tégument externe. Les muqueuses sont également frappées : celles des premières voies digestives jouissent d'une immunité relative probablement parce qu'elles sont constamment lavées par les liquides organiques. Il existe bien quelques observations de chancre mou de l'amygdale et de la langue, mais à part quelques-unes où le diagnostic bactériologique intervint, elles sont controuvées par la grande majorité.

Les localisations extra-génitales du bacille de Ducrey, qu'elles soient primitives ou secondaires, n'en sont pas moins cliniquement fort intéressantes. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas dans des conditions si parfaites que nous avons cru utile d'en publier et d'en conserver la mémoire.

Marie-Louise M..., âgée de 16 ans, exerce la profession de modèle pour artistes ; elle a été déflorée à 15 ans et demi et avoue à son entrée dans le service, 24 janvier 1898, faire la noce depuis deux mois. Arrêtée, elle est examinée au Dispensaire de la Préfecture de Police qui la dirige sur Saint-Lazare avec le diagnostic d'ulcérations suspectes du col.

Tout le museau de tanche n'est qu'un chancre, le cul-de-sac latéral gauche en contient deux autres, enfin deux ulcères de même nature s'observent sur la face postérieure du vagin, dans sa partie supérieure. On trouve dans les aines de légers ganglions, sans importance d'ailleurs, car cette femme très sale a les membres inférieurs couverts d'écorchures, d'égratignures, de portes d'entrée multiples.

Cette fille est pansée avec de la boue de salol. Mais craintive, mal con-

seillée, elle retire fort souvent ses tampons, si bien que le 16 janvier 1898 apparaît un nouveau chancre mou à l'anneau vulvaire. Huit jours plus tard, éclosion d'un chancre périnéal.

Poussée par une inquiétude naturelle, cette fille portait constamment ses mains à ses organes génitaux et sachant son mal profond tentait de parvenir jusqu'à lui en enfonçant son index dans le vagin. Aussi une inoculation spécifique ne tarda-t-elle pas à se faire au niveau d'une égratignure siégeant sur la face dorsale de l'index gauche à la hauteur de la 2e phalange. Huit jours environ après l'entrée de la malade dans le service du docteur Jullien apparut, à son dire, un petit bouton sur son doigt. Démangeaison, grattage, excoriation, ulcération. L'ulcère ainsi formé se creusa de plus en plus pendant un septénaire environ, sans douleur, accompagné d'une inflammation vive du doigt, puis peu à peu sa virulence s'atténua et le processus cicatriciel commença. Il est actuellement à peu près terminé. C'est une guérison parfaitement spontanée.

Une semaine s'était écoulée depuis la première inoculation digitale quand une inoculation semblable se fit au médius de la main opposée sur un point identiquement symétrique. Interrogée, la malade ignore la lésion banale qui a servi de porte d'entrée au micro-organisme. Bien entendu elle céla plus que jamais ces accidents, ne se déterminant à se confier à nous, la semaine dernière seulement, que grâce à quelques vagues douleurs qui l'effrayèrent heureusement.

Actuellement, à la main gauche se voit une tache violet sombre occupant toute la partie supérieure du dos de la deuxième phalange de l'index, la coloration de cette lésion s'atténue progressivement de la périphérie au centre. Un cercle de desquamation épidermique, irrégulier, la festonne. Au centre siège une légère croûte jaunâtre environnée d'un second cercle de desquamation épidermique semblable au premier, mais moins important.

Au point correspondant du médius de la main droite s'étale une large tache rouge vif, enflammée, s'élevant progressivement de la périphérie au cratère central. Celui-ci, dont les bords sont à pic et largement décollés, a un fond jaune sale, velvétique, tomenteux, saignant facilement. A la pression on voit de dessous les bords de l'ulcère sourdre un pus jaune, très fluide. La lésion est tout entière bordée d'un large feston desquamatif. La consistance générale est franchement molle.

Il n'y a sur le dos de la main ni lymphangite, ni rougeur, ni œdème. L'aisselle gauche est absolument libre; la droite, au contraire, contient un énorme ganglion mobile et douloureux. Toutefois la malade, sans une légère sensation de gêne, ignorerait cette complication.

Jamais ces ulcères digitaux ne l'ont vraiment fait souffrir; toutefois elle ne se décida à consulter pour eux qu'après avoir été tourmentée et surtout effrayée par quelques douleurs névralgiformes, fugaces, légères, parcourant le dos de la main droite.

Le pus recueilli sous les bords du chancre droit nous a montré au microscope le bacille de Ducrey parfaitement caractéristique.

Cette auto-inoculation secondaire nous a porté à rechercher dans

les archives du service de notre excellent maître le docteur Jullien, les cas de même nature. Sur un total de près de 2,000 observations nous n'en avons trouvé qu'un. Il s'agissait d'une femme entrée à Saint-Lazare en 1894 pour un énorme chancre mou de la face interne des grande et petite lèvres gauches et qui portait une seconde ulcération chancrelleuse dans la partie interne de la moitié inférieure de la phalange du pouce droit. Cette inoculation secondaire s'était faite au niveau d'une incision chirurgicale pratiquée contre un petit abcès. Ce chancre digital ne s'était accompagné ni de lymphangite, ni d'adénite spéciale et la guérison fut prompte.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Président : M. Ernest Besnier.
Vice-présidents : MM. Fournier, Mauriac, Doyon.
Membres du comité de direction : MM. Balzer, Brocq, Gaucher, Le Pileur, Tenneson.
Secrétaires annuels : MM. Dubreuilh, Perrin, Wickham, Leredde, Brodier, Gastou.
Membres titulaires : MM. Bazy, Créquy, Galippe, Sibut, Sottas.
Membre correspondant : M. Beck-Soma (de Buda-Pest).

Le secrétaire,

Louis Wickham

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Alopécie.

Alopécie neurotique (A case of neurotic alopecia), par W.-S. Gottheil. *Medical Record.* Philadelphie, 21 août 1897.

Homme de 34 ans, sans antécédents pathologiques, ne buvant pas d'alcool. A la suite de préoccupations causées par un chômage, il commence à perdre le sommeil et l'appétit, maigrit considérablement, puis perd graduellement les cheveux et tous les poils du corps. En deux mois tout son système pileux, qui était très développé, disparut complètement malgré l'amélioration de l'état général sous l'influence d'un traitement tonique.

W. D.

Alopécie congénitale (Ueber Alopecia congenita), par P. Ziegler. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 213.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'alopécie congénitale complète chez une jeune fille de 17 ans. Au dire de ses parents elle est née absolument sans cheveux, d'ailleurs normalement développée ; elle est la plus jeune de 11 frères et sœurs qui ne présentent, non plus que les parents et les grands-parents, aucune anomalie relativement à la croissance des cheveux. Depuis l'apparition des règles, à l'âge de 13 ans, il survint toutes les 4 semaines sur les tubérosités occipitales un petit bouquet de cheveux noirs qui disparaissait avec la cessation de la période menstruelle ; depuis cette époque il serait survenu un léger duvet sur les joues. Les dents et les ongles sont normaux. Il y a un an apparurent quelques poils d'aspect normal sur les arcades sourcilières et sur les paupières.

L'examen microscopique d'un petit fragment de peau excisé du cuir chevelu, dans la région du vertex, montra que l'épithélium était normalement développé avec de nombreuses papilles ; dans toutes les coupes on ne trouvait ni cheveux ni papilles pilaires, mais de nombreuses glandes sébacées, bien développées, en partie plusieurs fois ramifiées. Ces glandes présentaient les phases les plus différentes du développement cellulaire, leurs canaux excréteurs à épithélium pavimenteux stratifié normal s'ouvraient dans de petites dépressions infundibuliformes de l'épithélium de la surface épithéliale.

Au voisinage des glandes sébacées, en général à leur base, constamment éloignés de l'épithélium superficiel, se trouvent des tubes épithéliaux en petit nombre, isolés à calibre large, le plus souvent circulaire. L'épithélium consiste en 4 à 6 couches, à la base épithélium cylindrique peu élevé, transformé vers l'intérieur en cellules polygonales aplaties en 3 à 5 couches ; les plus extérieures présentent, outre les noyaux, des granulations d'éléidine, les plus internes sont la plupart sans noyaux. A l'intérieur de la lumière des canaux on trouve en différents points des con-

tours de cellules isolés sans noyaux et des détritus, mais jamais aucune trace de cheveux.

Les tubes sont enveloppés de traînées de tissu conjonctif disposées circulairement, dans la région desquelles arrivent des fibres musculaires lisses qui, correspondant aux muscles érecteurs des poils très développés, tirent obliquement de la surface vers la profondeur contre les glandes sébacées et les tubes. On trouve, aussi, des fibres musculaires lisses au voisinage des glandes sudoripares, ces glandes se rencontrent en quantité et position normales, de forme normale aussi bien en ce qui concerne la glande que le conduit excréteur.

Au début, la malade a suivi sans aucun résultat un traitement arsenical, puis un traitement thyroïdien. A. Doyon.

Anatomie et physiologie normales de la peau.

Les fibres élastiques des lymphatiques cutanés (Beitrag zur Kenntniss der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zur den Lymphgefässen der Haut), par C. Beck. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 401.

L'auteur dans ce travail communique l'observation qu'il a eu l'occasion de faire sur les rapports des fibres élastiques avec les vaisseaux lymphatiques du prépuce. Sur des préparations colorées avec l'orcéine, d'après la méthode de Taenzer-Unna, il a constaté, déjà à un faible grossissement, que le vaisseau lymphatique, l'amas de cellules qui l'entoure et les capillaires sanguins qui existent là sont entourés par une enveloppe commune, composée de fibres élastiques.

Bien que cette observation ait été faite sur un prépuce malade, on peut également en conclure que dans l'état normal il y a un rapport identique des fibres élastiques avec les vaisseaux lymphatiques du prépuce et très vraisemblablement aussi avec ceux de la peau du pénis. Cette enveloppe élastique qui enferme donc les vaisseaux lymphatiques avec le réseau capillaire sanguin serait analogue, suivant l'auteur, à ce système de fibres élastiques qui existe dans l'adventice des vaisseaux sanguins.

Beck regarde comme très vraisemblable que ces fibres élastiques jouent, dans des conditions physiologiques, un rôle prédominant dans la régularisation du calibre des vaisseaux lymphatiques et qu'ils ont à remplir un rôle encore plus essentiel dans les processus pathologiques, surtout ceux dans lesquels le virus pathogène progresse par la voie des lymphatiques, comme par exemple dans la syphilis. Selon toute apparence, cette enveloppe élastique empêche jusqu'à un certain point non seulement l'extension des vaisseaux lymphatiques, mais elle oppose aussi un obstacle à la migration des cellules provoquée par le virus syphilitique, et, le cas échéant, des néoplasies du tissu conjonctif. A. Doyon.

Perméabilité de la peau normale (Zur Frage über die Permeabilität der normalen Haut, par Manassein). *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 323.

La plupart des auteurs s'efforce de résoudre cette question par la voie physico-chimique et il n'existe qu'un nombre insignifiant de travaux dans lesquels le rôle principal et l'importance décisive reviennent au micros-

cope. Manassein croit que ce sont les difficultés d'exécution pour les travaux mentionnés en dernier lieu qui ici jouent un rôle important, car il faut partir du point de vue que, si on réussissait à trouver dans les préparations microscopiques de la peau les substances qui sont l'objet des recherches, on aurait en même temps résolu la question d'une façon ou d'une autre, suivant le point où on aurait trouvé ces substances. Innombrables sont les travaux publiés sur cette question, et sous beaucoup de rapports ils ne répondent pas aux exigences modernes.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les différentes recherches qui ont été faites depuis Oesterlen (1843) jusqu'à du Mesnil (1893), l'auteur rappelle une étude expérimentale et microscopique qu'il a publiée en 1894 sur la perméabilité de la peau vivante des mammifères. Dans ce travail le microscope jouait le principal rôle; il s'est servi de lapins et de chiens. Il a fait 94 expériences et plus de 1,000 préparations microscopiques dont les résultats sont identiques au fond, malgré quelques différences dans les recherches.

La peau intacte des mammifères, malgré des conditions les plus favorables, est imperméable aux solutions aqueuses et alcooliques malgré un contact immédiat, d'une durée plus ou moins longue, mais toutefois pas excessive.

La peau intacte des mammifères est imperméable aux substances avec le mode ordinaire de frictions, quand bien même auparavant on a mis la peau dans les conditions les plus favorables.

Les substances en suspension peuvent pénétrer à différentes profondeurs dans les follicules pileux.

L'auteur expose ensuite le résultat des observations qu'il a faites en examinant des préparations provenant de la peau d'un syphilitique mort subitement et auquel un jour encore avant sa mort on avait fait, en l'absence de tout symptôme sur la peau, des frictions d'onguent mercuriel. L'auteur décrit ensuite en détail la technique qu'il a employée pour ses recherches et à laquelle il attache une grande importance. En examinant les préparations de la peau de ce syphilitique, il n'a pu trouver aucune trace de corpuscules de mercure, si ce n'est dans les sillons qui séparent les unes des autres les papilles de la peau, dans les follicules pileux et çà et là entre les squames les plus superficielles de l'épiderme.

Sur des coupes obliques les corpuscules de mercure sont disposés concentriquement autour du poil.

Dans la partie supérieure des préparations se trouvent des agrégats complètement libres de corpuscules de mercure. Dans quelques sillons de la peau on voit des amas de corpuscules de mercure. Il y avait en outre des corpuscules de mercure dans les follicules pileux, mais non dans tous, souvent même on n'en trouvait pas dans ceux dont les poils étaient tombés.

Des expériences de contrôle lui ont en général donné les mêmes résultats, avec cette différence importante que, dans de très nombreuses préparations, même dans les dépressions de la peau, on ne pouvait pas constater de corpuscules de mercure. Mais là où ils existaient, leur nombre était notablement plus faible, en même temps que dans certains

sillons de la peau ils se trouvaient sous forme de couches d'agrégats et tranchaient nettement sur les parois des dépressions.

En résumé, l'auteur croit pouvoir déduire de ses recherches que la peau vivante intacte des mammifères est imperméable aux pommades par la méthode ordinaire de frictions, et que, avec cette méthode, la pommade peut pénétrer dans les follicules pileux à des profondeurs variables. A. D.

Cancer cutané.

Carcinome serpigineux multiple, par P. G. Unna. *Atlas international des maladies rares de la peau,* fasc. XIII.

Femme de 51 ans, ayant eu il y a 10 ans, sur le nez, des taches rouges, plates, légèrement élevées, se recouvrant de croûtes jaunâtres, irrégulièrement bosselées, s'enlevant difficilement, qui peu à peu s'étendirent sur la partie inférieure du nez, l'orifice narinaire, la lèvre supérieure et la joue droite, puis sur la tempe gauche, puis, toujours avec les mêmes caractères, sur d'autres régions du visage.

A la région temporale droite, tumeur plus large qu'une pièce d'un thaler, dépassant de près de 1 centimètre le niveau de la peau, à surface gris jaunâtre, sèche, traversée de bosselures et de plis irréguliers, bordée par un ourlet mince, d'un rouge sombre; après avoir enlevé les croûtes qui sont peu adhérentes, on constate que la tumeur est réniforme, qu'à sa partie moyenne il s'est fait une guérison spontanée représentée par des points cicatriciels de couleur blanche ou bleuâtre; la région supérieure, réniforme, en voie de progression, montre deux zones concentriques, l'interne plane, rougeâtre, très irrégulièrement mamelonnée avec de petites squames jaunes très adhérentes, l'externe sous forme d'un bord épais boursouflé, très rouge, ferme, de 1/2 à 1 centimètre de large. A la tempe gauche, une tumeur plus petite et à peu près circulaire, recouverte d'une croûte jaune grisâtre.

A l'examen microscopique, lésions de carcinome par places de forme grossièrement réticulée et en d'autres points papillaire, avec dégénérescence hyaline étendue et liquéfaction des épithéliums. G. T.

Dermatite papillaire maligne (Report of a case of malignant papillary dermatitis), par Wiggin et Fordyce. *New-York medical Journal,* 2 octobre 1897.

Femme de 50 ans ; antécédents de famille tuberculeux mais non cancéreux. Dix enfants qu'elle a nourris avec peine à cause de la petitesse des mamelons. Le début de la maladie remonte à cinq ans, sept ans après la naissance de son dernier enfant. Il y a eu d'abord une érosion sur le mamelon droit; elle s'est graduellement étendue sur l'aréole, devenant circulaire, fournissant un suintement clair et provoquant des sensations intermittentes d'élancements ou de cuisson.

Le sein droit présentait une plaque de 2 pouces sur 3, entourant le mamelon rétracté, bien limitée, d'une couleur rouge vif, granuleuse, striée de blanc ; infiltration des tissus sous-jacents, mais pas de tumeur dans le sein. Au cours de l'opération on trouva un nodule gros comme une noix dans le sein, ce qui décida à enlever toute la glande ainsi que les ganglions de l'aisselle.

A l'examen microscopique, dans toute la région malade l'épiderme était aminci, parfois réduit à deux ou trois rangées de cellules épineuses. On y trouve diverses altérations vacuolaires des cellules épidermiques et entre autres toutes les figures pseudo-coccidiennes décrites par Darier et Wickham. Le derme est profondément infiltré de cellules, surtout des lymphocytes mono-nucléaires. Cette infiltration, surtout marquée autour des vaisseaux des follicules pileux et des glandes sébacées, se prolonge profondément autour des conduits galactophores, dont l'épithélium est proliféré.

Dans la tumeur intra-glandulaire les conduits glandulaires étaient dilatés, remplis de cellules proliférées, entourées d'infiltration conjonctive et l'on voit par places la paroi conjonctive perforée par l'épithélium proliféré qui se répand dans le tissu voisin.

D'après Wiggin et Fordyce, la maladie de Paget débuterait par une inflammation de la couche papillaire du derme, amenant de l'œdème et la vacuolisation des cellules de l'épiderme et enfin leur destruction ou leur prolifération. Les altérations des conduits galactophores et glandulaires seraient secondaires à celles de l'épiderme ; elles sont de même nature et dues au même agent irritant. L'infection du tissu conjonctif et la malignité sont dues à la rupture de la paroi des conduits et à l'envahissement du tissu interstitiel par les cellules glandulaires proliférées. W. D.

Sur un fait de corne cancéreuse (Horn-Krebs), par V. Mibelli. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Femme âgée, ayant depuis 15 ans au milieu de la face dorsale du nez une affection rebelle à tout traitement, sur laquelle il se développa une tache rouge brunâtre, d'aspect sec, puis des squames adhérentes, jaune blanchâtre et finalement, depuis 3 ou 4 mois et progressivement, une corne ; celle-ci, de la largeur d'une demi-noisette, fait une saillie verticale d'environ un centimètre ; elle a une forme irrégulière, à peu près conique, une coloration jaune brun, une consistance dure, sèche, cornée. La tumeur fut enlevée, mais récidiva au bout de 4 mois, à gauche de son implantation primitive et atteignit, 10 mois après l'opération, 17 millimètres de hauteur sur 8 millimètres de diamètre à la base en présentant à peu près les mêmes caractères que la première tumeur.

L'examen histologique montra, surtout à la base du cône corné, la structure typique du carcinome réticulé avec dégénérescence hyaline et perles cancéreuses ; les glandes sébacées étaient le siège de lésions montrant qu'elles prenaient part à la prolifération épithéliale. G. T.

Dermatoneuroses.

Dermatoneuroses hystériques érythémateuses (Erythematous hysterical dermatoneurosis), par A. van Harlingen. *International medical Magazine*, novembre 1897, p. 695.

Van Harlingen rapporte cinq observations d'éruptions hystériques qui présentent la plus parfaite ressemblance entre elles et avec celles qui ont été publiées par T. Wilson en 1875 dans ses « Lectures on Dermatology ».

Il s'agit de jeunes filles franchement hystériques ; l'éruption se montre à des intervalles irréguliers et sans cause connue, ou périodiquement et

à l'occasion des règles. Les lésions, précédées par une sensation de cuisson, apparaissent d'abord sous forme d'une plaque rouge œdémateuse, de 2 ou 3 centimètres de large, arrondie, ovalaire ou vaguement quadrilatère, la surface se couvre de vésicules ou d'une bulle et s'excorie; après une période de suintement, la lésion s'affaisse et laisse une macule brune, passagère. L'évolution entière dure quelques jours. Parfois certaines lésions sont gangréneuses et laissent de profondes cicatrices.

L'éruption se compose généralement d'un petit nombre de lésions qui apparaissent successivement et siègent dans les régions les plus variées, mais surtout à la face et la poitrine. Dans certains faits de Wilson et de Bulkley, où l'éruption offrait les mêmes caractères, elle se montrait sous l'influence de causes morales. W. D.

De l'érythromélalgie, syndrome de Weir-Mitchell, par Léopold Lévy. *Presse médicale*, 15 septembre 1897, p. 157.

L'érythromélalgie n'est pas une affection autonome; il existe probablement une érythromélalgie primitive, à lésions particulières, non encore déterminées ou simplement névrose; souvent on la voit survenir au cours d'affections diverses du système nerveux, souvent de l'hystérie, ou encore dans les lésions organiques du cerveau, de la moelle ou des nerfs périphériques; elle s'observe encore à la suite d'infections telles que le rhumatisme articulaire aigu qui agit surtout comme cause localisatrice et d'intoxications diverses.

L'érythromélalgie occupe le plus souvent les extrémités des membres et en particulier des membres inférieurs, parfois la face, et même certains parenchymes, tels que les testicules et les seins; et certains phénomèmes qui l'accompagnent semblent montrer que des troubles circulatoires analogues peuvent se produire dans le cerveau, la papille optique, l'appareil auditif.

L'érythromélalgie peut s'associer à la maladie de Raynaud et alterner avec elle.

Les lésions et les troubles nerveux qui accompagnent l'érythromélalgie permettront peut-être d'en préciser l'anatomie pathologique et la pathogénie, mais jusqu'à présent on ne peut émettre à ce sujet que des hypothèses. G. T.

Stigmates sanglants (A contribution to the study of bleeding stigmata), par J. Nevins Hyde. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, décembre 1897, p. 557.

Un homme de 46 ans, sans antécédents pathologiques, habituellement bien portant, d'une culture intellectuelle au-dessus de la moyenne, mais très nerveux et peut-être même un peu hystérique, est pris d'une éruption vésico-pustuleuse de la face paraissant d'origine artificielle et qui guérit sans difficulté. Peu de temps après se montrent des hémorrhagies cutanées sur divers points du corps mais surtout à la face et toujours en des endroits accessibles aux mains.

Il se produisait d'abord une petite papule rouge du sommet de laquelle se faisait un suintement de sang persistant pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Souvent, sinon toujours, l'hémorrhagie était consécutive à une écorchure de grattage. Il n'y avait jamais qu'un seul foyer

d'hémorrhagie à la fois, quand un foyer se tarissait il en apparaissait aussitôt un autre. Cet état dura deux ans sans que rien pût arrêter les hémorrhagies et aboutit à un état d'anémie extrême et menaçant l'existence ; aucun trouble viscéral, pas d'hémorrhagie des muqueuses, pas d'hématurie ni d'albuminurie; foie et rate de volume normal. Un certain nombre de points hémorrhagiques avaient laissé des cicatrices mais la plupart avaient guéri sans laisser de traces ; jamais de purpura.

L'examen du sang montra une diminution des globules rouges réduits au tiers de leur chiffre normal, et des plasmodies de la malaria. Le malade n'avait cependant jamais habité de pays paludéen ni présenté aucun symptôme de paludisme.

Un traitement tonique avec du fer et de la quinine le guérit assez rapidement sans cependant faire disparaître les plasmodies.

L'auteur discute l'étiologie et ne trouvant pas que l'impaludisme explique des phénomènes de ce genre, les attribue en grande partie aux traumatismes de grattage produits par le malade lui-même W. D.

Éruptions simulées (Some cases of feigned eruptions), par F.-J. SHEPHERD. *Journal of cut. and g. ur. dis.*, décembre 1897, 543.

L'auteur rapporte 4 observations d'éruptions bulleuses ou gangréneuses chez des femmes, les unes hystériques, d'autres ayant des raisons pour se soustraire à un travail désagréable. Dans aucun de ces cas la preuve de la supercherie n'a pu être faite, mais elle est extrêmement probable en raison des circonstances, de l'aspect des lésions, de la cessation des accidents dès qu'au moyen d'un pansement on rendait tout traumatisme impossible. W. D.

Dermatoses par intoxications bactériennes.

Dermatoses par auto-intoxication et par intoxications bactériennes expérimentales (Sulle dermatosi nelle autointossicazioni e nelle intossicazioni batteriche sperimentali), par B. FRISCO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 5, p. 545.

L'auteur a soumis des animaux à des intoxications lentes par des poisons divers d'origine organique.

Les injections de protéines de bactéries virulentes (cultures du bacille typhique) faites à trois lapins ont été suivies chez eux de la chute des poils et de la production de croûtes épaisses plus ou moins étendues.

Les injections de protéine de bactéries atténuées (cultures de streptocoque atténué) ont été suivies chez des lapins et deux cobayes d'une alopécie généralisée; à l'examen histologique, les vaisseaux étaient atteints d'endartérite.

Les injections de toxines bactériennes solubles (toxines diphtériques) ont été suivies chez deux lapins d'une alopécie plus ou moins étendue, en même temps que la peau devenait sèche et desquamait (xérodermie).

L'ingestion d'aliments avariés (infusions putréfiées de maïs, jus de viande, préalablement stérilisés par filtration) a été suivie chez quelques lapins d'une alopécie presque totale, chez d'autres de la production de bulles et de croûtes d'apparence eczémateuse, limitées à la face ou aux paupières.

Chez six lapins ayant subi l'ablation des capsules surrénales, il y a eu tantôt alopécie totale et permanente, tantôt croûtes eczémateuses étendues à presque tout le dos, tantôt production de taches ardoisées, ou encore de véritables ulcérations d'aspect fongueux à la face interne des membres postérieurs. A l'examen histologique, les fongosités avaient les caractères des granulations inflammatoires et, chez ces animaux, comme chez ceux qui avaient ingéré l'infusion putride de maïs avarié, il y avait des lésions nerveuses atteignant même le système nerveux central.

L'auteur fait remarquer que les lésions cutanées sont d'autant plus prononcées que les animaux ont été soumis à des intoxications plus prolongées.

Il conclut de ces expériences qu'il existe une relation pathogénique entre quelques dermatoses et les poisons qui se développent physiologiquement et pathologiquement dans l'organisme animal, que ces poisons se développent dans le tube gastro-intestinal ou dans l'intimité des tissus, ou qu'il s'agisse de certains poisons bactériens. Tous les animaux, même appartenant à une même espèce, ne réagissent pas de la même façon à l'action lente et fractionnée de ces poisons. Les toxidermies, à en juger d'après les altérations anatomiques rencontrées dans la peau et le système nerveux central et périphérique, doivent être considérées comme l'expression tant d'un trouble trophique général que d'un trouble trophique local de la peau elle-même. G. T.

Éléphantiasis.

Éléphantiasis cartilagineux du nez, par E. Briau. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 20 juin 1897, p. 577.

Homme de 55 ans, ayant depuis 15 ans, dans la narine gauche, une excroissance non douloureuse, qu'il n'a cessé d'excorier, laquelle a fini par constituer une masse de 6 centimètres de diamètre, bosselée, recouverte d'une peau amincie avec des veinules rouge vif, translucide ; dans la narine gauche, une excroissance saignant facilement. Ablation au bistouri de la tumeur qui était formée d'une masse de gelée granitée et incolore ayant tous les caractères microscopiques du chondrome muqueux. A l'examen histologique, on constate un tissu éléphantiasique avec prolifération considérable de l'endothélium des lymphatiques aboutissant à leur oblitération, infiltration de leurs parois par des cellules endothéliales et autour des vaisseaux innombrables cellules rondes dans les mailles d'un tissu réticulé ; en outre, tissu cartilagineux sous forme de bandes irrégulières. Dor, qui a fait l'examen histologique, ne peut se prononcer sur la question de savoir s'il s'agit de l'association de 2 processus morbides greffés l'un sur l'autre, ou d'une évolution particulière du processus éléphantiasique. G. T.

Gangrène.

Gangrène cutanée consécutive à la fièvre typhoïde (Contribuzione clinica e batterioscopica allo studio della gangrena cutanea consecutiva a febbre tifoidea), par A. Jovane. *La Pediatria*, juillet 1897, p. 201.

Fille de 3 ans, ayant de la fièvre depuis quelques jours ; signes manifestes de fièvre typhoïde ; plaque de gangrène arrondie, à fond grisâ-

tre, à bords bleuâtres, de la largeur d'une pièce de 2 centimes dans le dos ; à peu de distance de cette plaque, deux autres petites zones croûteuses, d'apparence érythémateuse. Les jours suivants, extension des plaques gangréneuses, mise à nu des aponévroses et des muscles sous-jacents, mort au bout de quelques jours. Pas d'autopsie.

Les cultures du sang recueilli pendant la vie sont restées stériles. La culture des plaques gangréneuses n'a donné que du staphylocoque doré dont l'inoculation au cobaye a reproduit des lésions gangréneuses ; mais l'inoculation à un deuxième cobaye des cultures provenant du premier n'a provoqué qu'une légère tuméfaction de la peau au point d'inoculation. G. T.

Gangrène infectieuse multiple de la peau (Ueber eine eigenthümliche Form multipler infectiöser Hautgangrän), par L. Waelsch, *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 173.

Ce cas concerne un tanneur de 38 ans, qui aurait été opéré, dit-on, pour une tumeur de l'estomac. Depuis cette époque, crampes fréquentes et impossibilité de travailler, si ce n'est à de rares intervalles. Il y a trois semaines il survint, sans cause connue, sur la peau de la région épigastrique, une tache brune sur laquelle il se forma peu à peu une tumeur qui s'ouvrit au bout de quelques jours, avec sécrétion d'un pus verdâtre, et se transforma en ulcère. Depuis cette époque, de nouvelles tumeurs ont continué de se développer sur l'abdomen, le thorax, les bras et les cuisses et de se transformer en ulcères. Depuis trois semaines, toux, expectoration verdâtre et sueurs nocturnes ; selles diarrhéiques fréquentes.

L'examen du sang montra que le rapport des corpuscules blancs aux corpuscules rouges était de 1 à 390. L'examen microscopique donne un résultat tout à fait négatif en ce qui concerne les micro-organismes.

Par contre, dans le pus des ulcères on trouva de grandes quantités de diplocoques qui se coloraient par la méthode de Gram ; entre ces diplocoques on voyait disséminés des bâtonnets courts, ne conservant pas la coloration de Gram, ainsi que de très nombreux éléments arrondis, semblables à des cocci, qui se coloraient ensuite avec la vésuvine, et enfin des amas compacts, finement granulés, irrégulièrement formés qui conservaient également la coloration. Dans les préparations faites avec le pus d'abcès non ouverts, on trouvait les bacilles non colorables par la méthode de Gram presque en culture pure.

Deux jours après son entrée à l'hôpital le malade succomba.

A la nécropsie on constata des abcès multiples sous-cutanés et intramusculaires avec ulcération de la peau. Bronchite et pneumonie lobulaire du côté gauche. Gangrène circonscrite multiple du lobe pulmonaire inférieur du côté droit. Tuberculose pulmonaire et des ganglions lymphatiques péri-bronchiques, etc. Mais l'étiologie du processus restait obscure.

Dans l'intervalle, il s'était développé sur les plaques, inoculées avec le pus du vivant du malade, des cultures qui présentaient un aspect tout à fait particulier, et dans les plaques inoculées avec du pus d'abcès non ouverts il s'était développé des cultures presque pures à côté de rares colonies de staphylocoques identiques, formées de bâtonnets courts,

arrondis à leurs extrémités, qui ne se coloraient pas avec la méthode de Gram ; ils étaient un peu plus petits que ceux qu'on avait observés dans le pus ; leur longueur était de 1/2 à 2 μ, leurs mouvements étaient manifestes.

L'auteur décrit ensuite les différentes formes de croissance du bacille suivant les terrains de culture. Les expériences sur les animaux ont montré qu'on avait affaire à un micro-organisme exceptionnellement pathogène.

Le bacille pathogène typique mentionné ci-dessus existait donc aussi dans les abcès de la peau ; restait à savoir l'origine de l'infection.

Il résulte des renseignements qui ont été recueillis que le malade, trois semaines avant sa mort, s'était infecté en se faisant des injections de morphine avec une seringue malpropre dont l'aiguille était tout à fait rouillée. Il se développa sur la paroi abdominale des abcès et consécutivement, sous l'influence d'un virus très virulent, des abcès secondaires.

De ces abcès survenus plus tard on put cultiver le bacille mentionné ci-dessus presque en culture pure plus ou moins souillée par des staphylocoques. L'auteur n'hésite donc pas à supposer que l'infection s'est faite au point injecté avec ce bacille.

L'agent spécial de la maladie qui déterminait la nécrose du tissu pourrait par conséquent être le bacille caractéristique et ce n'est que secondairement, comme on l'observe souvent, que le staphylocoque aurait pénétré.

Waelsch est confirmé dans cette opinion par les résultats des recherches de Babes et Pop qui ont dernièrement publié un cas de pustule maligne avec infection hémorrhagique secondaire, occasionnée par un bacille spécifique. Ce dernier bacille avait détruit et fait disparaître le microbe de la pustule maligne, et pris ainsi le rôle du véritable agent morbide et déterminé la mort du malade. A. Doyon.

Gangrène spontanée de la peau (Case of spontaneous gangrene of the skin), par W. T. Corlett. *Journal of cutaneous and g. ur. diseases*, décembre 1897, p. 551.

La malade est une jeune fille de 15 ans, habitant la campagne, mal réglée depuis deux ans. En août, le lendemain d'un traumatisme local insignifiant, il apparut sur la joue gauche deux phlyctènes douloureuses, accompagnées de gonflement considérable ; elles guérissent lentement en laissant des cicatrices.

En octobre, douleurs abdominales paraissant être de nature hystérique. En décembre, le médius gauche présente un gonflement qui débute sur le bord de l'ongle, donne l'impression d'un panaris qu'on incise sans trouver de pus et qui guérit en quinze jours.

En mars, arrachement accidentel de l'ongle du petit orteil droit, à la suite duquel apparaît de l'œdème et une plaque de sphacèle occupant une grande partie du petit orteil. Peu de temps après, apparaissent sur le dos du pied et la face externe du cou-de-pied de larges plaques gangréneuses qui débutent par de l'érythème, il se forme ensuite une eschare jaune, déprimée, entourée d'un soulèvement bulleux. Les douleurs sont modérées. Les eschares s'éliminent et la cicatrisation s'accomplit, mais lentement. W. D.

Ichtyose.

Un cas d'ichtyose congénitale avec absence du corps thyroïde (A contribution to the etiology of congenital ichthyosis, report of a case with absence of thyroid), par Winfield et van Cott. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, novembre 1897, p. 516.

Parents sains, sans traces d'ichtyose ni chez eux, ni chez leurs ascendants ; pas de syphilis.

La mère a été enceinte 7 fois : 1re et 2e grossesses, enfants nés à terme et encore sains et vivants ; 3e, avortement à 6 mois ; 4e, enfant né à terme, mort à un an d'une maladie accidentelle ; 5e grossesse, accouchement à 8 mois d'un enfant ichtyosique dont Sherwell a publié l'observation en 1894 ; 6e grossesse, enfant à terme, mort par suite de manœuvres obstétricales ; 7e grossesse, enfant ichtyosique. Pendant la 5e grossesse la mère avait eu de vives préoccupations et à la 6e un grand choc moral. Pendant tout le cours de la 7e grossesse elle fut très agitée et tourmentée de la crainte d'avoir un enfant malformé et après son accouchement son état mental fut tel qu'il fallut la séparer de son enfant.

A sa naissance l'enfant pesait 4 livres, squelette et musculature normaux ; pas d'ongles aux pieds ni aux mains ; les yeux se ferment incomplètement, ectropion léger à droite ; cuir chevelu couvert de cheveux normaux. Tout le corps est couvert d'un épais enduit sébacé sous lequel la peau est rouge et luisante.

Quatre jours après la naissance, l'enfant était tout couvert de plaques épidermiques brunâtres de 1/2 à 2 pouces de diamètre, de 1/16 à 1/10 de pouce d'épaisseur, plus marquées du côté de l'extension, séparées par des fissures profondes, atteignant le derme.

Malgré tous les soins et toutes les onctions, l'enfant mourut au bout de 2 semaines et demie d'inanition et de refroidissement.

A l'autopsie on ne trouve pas d'autre anomalie viscérale que l'absence complète de corps thyroïde.

L'examen microscopique de la peau montre un épaississement considérable de la couche cornée. Le corps muqueux est normal ; les glandes sudoripares et sébacées sont normales. Dans le corps muqueux et le tissu sous-cutané on trouve ce qui paraît être des foyers de nécrose avec infiltration cellulaire ; les espaces lymphatiques paraissent infiltrés de micrococques, surtout au voisinage des vaisseaux. Cette infiltration microbienne est diffuse sur de grands espaces mais n'est pas générale, elle paraît être due à une infection intra-utérine et semble être la cause de la maladie cutanée. W. D.

Impétigo.

Pathogénie et traitement de l'impétigo, par Sabouraud. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1898, p. 21.

L'auteur critique vigoureusement la doctrine qui rattache l'impétigo à la scrofule ou au lymphatisme ; les manifestations rapportées à ces états généraux (blépharite ciliaire, kératite, coryza, etc.) ne sont que des reliquats de l'impétigo, lequel, une fois développé, persiste à l'état chronique, ainsi qu'on peut le constater histologiquement.

L'impétigo est fonction de staphylocoque doré et non de streptocoque ; on ne l'a attribué au streptocoque que par suite d'une erreur d'observation.

Son traitement consiste essentiellement dans les pansements avec une solution camphrée de sulfate de zinc et de sulfate de cuivre (eau d'Alibour au tiers), ou mieux encore en lotions continues avec cette solution après rupture de la vésicule et détachement des croûtes. G. T.

Impétigo herpétiforme.

Un cas anormal d'impétigo herpétiforme, par ALLAN JAMIESON. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Femme de 20 ans, aménorrhéique depuis trois ans, époque du début de la maladie ; depuis cette époque, à trois reprises, il s'est produit un érythème aigu généralisé auquel ont succédé des lésions localisées d'abord puis s'étendant progressivement ; ces lésions sont constituées par des taches plus ou moins larges, hyperhémiées sans infiltration marquée de leur base, recouvertes sur une grande étendue de squames et de croûtes au-dessous desquelles la peau est excoriée, suintante et suppurante ; elles occupent surtout les aisselles et les membres inférieurs, respectent à peu près le visage ; aux mains, les ongles sont tombés et remplacés par une croûte molle, jaune, très adhérente ; sur les parties guéries, il ne reste aucune trace, ni cicatrice, ni changement de coloration. Langue érodée superficiellement et très sensible. Poussées fébriles irrégulières. Pendant le séjour à l'hôpital, on vit apparaître des taches érythémateuses, de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, recouvertes pour la plupart de vésico-pustules très petites ou du volume d'un grain de plomb, isolées et hémisphériques ou réunies en éléments plus volumineux et aplatis, de coloration jaune pâle et n'ayant qu'un mince revêtement épidermique. La peau était très douloureuse au moment de l'attaque ; au bout de quelque temps, il survint une desquamation générale analogue à celle de la dermatite exfoliatrice. Les années suivantes, il se produisit de nouvelles poussées à deux reprises, la santé générale s'améliora et les règles reparurent.

L'examen histologique montra un épaississement de la couche cornée avec amincissement du corps muqueux et léger accroissement des cônes interpapillaires, tuméfaction des cellules profondes avec dégénérescence œdémateuse et parfois formation cavitaire. Derme sain. Le contenu des pustules donna des cultures pures de staphylocoque doré. G. T.

Cas grave de dermatite herpétiforme ayant beaucoup des caractères de l'impétigo herpétiforme (Report of a severe case of dermatitis herpetiformis presenting many of the features of impetigo herpetiformis), par J. A. FORDYCE. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, novembre 1897, p. 495.

On est généralement d'accord pour admettre que l'impétigo herpétiforme de Hebra et la dermatite herpétiforme de Duhring sont deux maladies tout à fait distinctes. Il y a cependant des cas qui tiennent de l'une et l'autre maladie et qu'on est assez en peine de classer. C'est un fait de ce genre qui est rapporté par Fordyce et accompagné de planches représentant l'éruption et les lésions histologiques.

Le malade est un homme de 66 ans, né en France, qui est entré à l'hôpital en décembre 1896. Depuis 40 ans, à la suite d'une plaie de la face antérieure de la jambe gauche, il a de temps en temps des poussées de vésico-pustules en ce point.

Au commencement de décembre 1896, il avait souffert d'un prurit intense de la jambe droite, auquel a fait suite une éruption abondante de vésicules disposées en groupes et dont un grand nombre devenaient purulentes. Cette éruption s'est étendue graduellement avec les mêmes caractères sur tout le membre inférieur droit, sur le membre iuférieur gauche, les membres supérieurs, l'abdomen et les fesses ; elle s'accompagnait d'un prurit violent, de perte du sommeil et de l'appétit, d'amaigrissement.

A son entrée à l'hôpital, l'éruption est constituée par des plaques arrondies de 1/2 pouce à 6 pouces de diamètre à extension centrifuge avec quelques vésicules ou pustules aberrantes. Le bord des plaques est couvert de croûtes, le centre est excorié ou couvert de papules coniques dures mêlées de pustules et de vésicules, siégeant sur une peau notablement infiltrée. Pas de lésions des muqueuses, si ce n'est une érosion superficielle sur la luette. L'urine, de densité 1013, est acide avec une trace d'albumine.

Sous l'influence d'une pommade à l'ichtyol (10 p. 100) un grand nombre de lésions guérissent, surtout au tronc, laissant des plaques brunes et infiltrées.

Au commencement de janvier 1897 survient une aggravation marquée, la fièvre se montre et dure deux semaines environ, les pieds s'œdématient et se couvrent de grandes bulles ; sur les membres inférieurs et le tronc apparaissent des plaques érythémateuses urticariennes ou vésiculeuses ; l'urine devient très albumineuse, le pouls rapide et irrégulier ; le malade s'affaiblit beaucoup et vomit tout ce qu'il prend.

A la fin de janvier l'état général et local s'améliore tellement que la malade put quitter l'hopital pendant quelque temps, bien que de nouvelles éruptions continuassent à se montrer.

A la fin de février nouvelle poussée éruptive formée par des groupes de vésicules apparaissant surtout sur les plaques pigmentées laissées par les poussées précédentes et toujours accompagnées de démangeaisons violentes Les plaques brunes laissées par les éruptions anciennes sont nettement verruqueuses aux aisselles, l'urine est peu abondante, légèrement albumineuse. Le sang contient beaucoup de cellules éosinophiles ; dans la sérosité des vésicules, la moitié des éléments cellulaires sont des éosinophiles.

En octobre 1897, le malade raconte que la poussée du printemps a disparu par l'usage du jaborandi, mais au bout de trois mois l'éruption a reparu et persiste encore sous forme de groupes vésiculeux qui forment des plaques suintantes et fétides ; la jambe droite présente un œdème dur, éléphantiasique, avec état verruqueux très accusé ; les urines ne sont plus albumineuses ; le malade a l'air fatigué, il est amaigri, son teint est cireux.

L'examen microscopique d'un morceau de peau excisé au niveau d'une plaque vésiculeuse récente montre un épiderme épaissi avec des prolon-

gements interpapillaires allongés ; l'épiderme est abondamment infiltré de cellules migratrices et creusé dans sa partie profonde de très fines vésicules ; le derme sous-jacent est infiltré de cellules parmi lesquelles sont beaucoup d'éosinophiles ; cette infiltration très abondante est à peu près limitée aux parties superficielles du derme.

Fordyce compare ces lésions à celles d'un cas de pemphigus végétant et remarque que dans ce dernier les altérations sont plus profondes et débutent autour des glomérules sudoripares. Les résultats de son examen microscopique diffèrent par quelques détails de ceux de Gilchrist et de Unna.

Le cas ci-dessus se rapproche de l'impétigo herpétiforme par le groupement des lésions, leur prédominance au voisinage des grands plis de flexion, le caractère pustuleux de l'éruption et par les phénomènes généraux graves. Le prurit et l'urticaire ont été observés dans l'impétigo herpétiforme par Kaposi. W. D.

Impétigo herpétiforme (A case of impetigo herpetiformis), par M. B. Hartzell. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, novembre 1897, p. 506.

Femme de 84 ans, malade depuis 2 mois ; on trouve sur les cuisses, l'abdomen, la partie inférieure du dos, les bras du côté de la flexion, des plaques ovalaires, croûteuses, entourées d'une bordure rouge, d'un pouce de large qui est criblée de petites pustules peu saillantes, du volume d'une tête d'épingle. Sur presque tout le reste du corps, sauf la face, les pieds et les mains, on trouve des pustules isolées, grosses comme une tête d'épingle, reposant sur une base rouge, ou bien de petites plaques de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, formées également de petites pustules et parmi lesquelles les plus grandes commencent à former des croûtes au centre. Un peu de démangeaison au début de l'éruption seulement. L'éruption cutanée, qui a offert les mêmes caractères depuis le début, a été précédée par des lésions de la langue qui était très douloureuse, avec des vésicules et des excoriations sur les bords. Actuellement elle est lisse, rouge vif au milieu, blanche sur les bords, comme si elle avait été badigeonnée de nitrate d'argent. La santé générale n'est aucunement altérée, l'urine contient une trace d'albumine.

Au bout de quelques semaines, en avril, il se fait une poussée abondante de pustules miliaires sur tout le corps, atteignant les extrémités, la face, le cuir chevelu et la langue; la peau est uniformément rouge, par la coalescence des auréoles érythémateuses des pustules; sur les membres inférieurs les pustules confluentes soulevaient l'épiderme en presque totalité, mais nulle part on ne voit les pustules grandir, l'éruption s'aggrave uniquement par la naissance de nouvelles pustules miliaires et submiliaires. Il survient en même temps des frissons, de la fièvre, de la diarrhée avec incontinence fécale et urinaire ; la malade meurt dans le coma deux semaines après l'apparition des symptômes généraux. Pas d'autopsie.

Dans la discussion à l'Association dermatologique américaine, Duhring, qui a vu la malade, confirme le diagnostic d'impétigo herpétiforme et remarque l'état œdémateux et spongieux de la peau excoriée, tout à fait

analogue à ce qu'on voit dans le pemphigus végétant. Il croit du reste les deux maladies assez voisines. W. D.

Lèpre.

Toxicité de l'urine et du sang dans la lèpre (Tossicità dell'urina e del sangue dei leprosi), par C. Calderone. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 5, p. 596.

De 8 injections à des lapins, d'urine provenant de 6 sujets atteints de lèpre, l'auteur conclut que l'urine des lépreux est moins toxique que celle des sujets sains ; il attribue cette hypotoxicité, constatée déjà par Chatinière, au ralentissement des échanges organiques résultant des troubles du système nerveux produits par la lèpre.

10 injections à des lapins, de sérum du sang de 3 lépreux, ont donné ce résultat, surprenant au premier abord, que la toxicité du sérum est d'autant moindre que le sang est retiré de la veine depuis un temps plus long, le sérum ayant été injecté entre 3 et 52 heures après la sortie du sang de la veine. D'ailleurs l'auteur a pu faire la même constatation avec le sérum provenant des sujets sains. Toutes choses égales d'ailleurs, la toxicité du sérum du sang des lépreux est plus élevée que celle du sérum de sujets sains. Il contient donc des produits spécifiques en petite quantité et ces produits ne s'éliminent pas par l'urine. G. T.

L'hoàng-nàn dans le traitement de la lèpre (L'hoàng-nàn nella cura della lebbra), par F. Sprecher. *Gazzetta mèdica di Torino*, 1897, nº 35.

L'auteur a administré à 2 malades atteints de lèpre tuberculeuse, des pilules contenant 10 centigrammes de poudre d'écorce d'hoàng-nàn, par série de 5 jours séparées par 10 jours de repos, de sorte qu'en deux mois les malades ont pris 168 pilules ; les effets ont été absolument nuls, tant sur les lésions cutanées que sur les troubles fonctionnels. G. T.

La lèpre dans l'art, par Henry Meige. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, décembre 1897, p. 418.

Cette étude complète et étend les indications fournies par Charcot et P. Richer sur les représentations des lépreux par les peintres. L'auteur, en parcourant diverses galeries d'Europe, a pu relever une trentaine de figurations de lépreux, soit sur des toiles, soit sur des fresques. Il décrit avec soin ces figurations, dont plusieurs avaient jusqu'ici passé complètement inaperçues et dont quelques-unes sont extrêmement remarquables, au point de vue de l'exactitude et de la précision avec lesquelles sont représentées les lésions cutanées et nerveuses de la lèpre. Ces documents appartiennent à la peinture du XIVe au XVIe siècle. Ils sont inégalement répartis dans les diverses écoles de peinture : les plus nombreux se trouvent dans les œuvres des écoles italienne (Ecole de Giotto, Orcagna, Ecole toscane, Masaccio, Pietro del Donzello, Rosselli, etc.) et allemande (vieille école de Cologne, Conrad Witz, les Hans Holbein, A. Dürer, Mathias Grunewald, Manuel Deutsch) ; ils sont plus rares dans les écoles flamande et hollandaise (B. van Orley, Rubens, etc.) et semblent, chose curieuse, faire défaut dans l'école française. Les tableaux dans lesquels on trouve des figurations de lépreux sont des tableaux

religieux, consacrés presque tous à la glorification de saint Martin, de sainte Elisabeth de Hongrie, de saint Pierre et saint Jean.

Quelques-uns de ces documents sont du plus haut intérêt au point de vue scientifique, en montrant que, sans contestation possible, la lèpre du moyen âge revêtait les mêmes formes cliniques que nous observons actuellement. G. T.

Lupus.

Lupus érythémateux et lupus tuberculeux, par Frèche. *Archives cliniques de Bordeaux*, août 1897, p. 390.

Dans la majorité de ses observations, l'auteur n'a pas retrouvé de traces de tuberculose chez les malades atteints de lupus érythémateux, pas plus que chez leurs collatéraux; cependant il a eu l'occasion d'observer un cas intéressant où il a pu voir associés, chez une même malade, un lupus érythémateux et un lupus tuberculeux.

Le lupus érythémateux siège dans le cuir chevelu et est représenté par une plaque allongée transversalement qui occupe presque toute la nuque, lisse, glabre, rougeâtre, à contours nettement limités, sans prolongements. Sur la bordure les cheveux sont entourés à leur base d'un petit bouchon corné. Les oreilles sont un peu déplissées, mais saines.

Sur la face, on remarque trois ou quatre petites taches jaune rougeâtre, faisant à peine saillie, mais nettement infiltrées, molles, recouvertes d'un épiderme un peu squameux. Ces lésions, qui ont l'aspect classique des nodules lupiques, siègent : à l'angle de l'œil gauche, sur le côté droit du lobule du nez et le côté gauche du menton.

On ne saurait trouver associés d'une façon plus nette le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux. D. F.

Traitement chirurgical du lupus du larynx, par Gouguenheim et Guinard. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août 1897, p. 113.

Garçon de 10 ans, porteur d'un lupus ulcéré du lobule du nez; cicatrices blanchâtres sur le voile du palais et la face postérieure du larynx; épiglotte tuméfiée, parsemée de granulations, surface ulcérée et végétante sur le bord libre; entrée du larynx garnie de petites saillies irrégulières blanchâtres, quelques-unes ulcérées, masquant les parties les plus inférieures de l'organe, cordes vocales tuméfiées et blanchâtres; respiration souvent embarrassée, voix fortement altérée, aphonie presque complète. Laryngotomie, ablation complète de l'épiglotte, raclage des granulations intralaryngiennes, puis cautérisation au thermocautère et badigeonnage au naphtol camphré; guérison complète en deux à trois semaines, voix à peu près normale au bout d'un mois; au bout de six mois, pas de récidive. Examen histologique de l'épiglotte : épithélium discontinu, présentant des lésions inflammatoires du corps de Malpighi; derme relativement peu atteint, traces d'infiltration nucléaire par places; autour des culs-de-sac des glandes, infiltration nucléaire ayant le caractère du granulome; les glandes elles-mêmes sont enflammées au niveau des culs-de-sac et même du canal excréteur. G. T.

Médicamenteuses (Éruptions).

Hydrargyrie maligne terminée par la mort (Dermatite mercuriale maligna ad esito letale), par Fisichella. *Riforma medica*, 14 août 1897, p. 461.

Homme de 20 ans, soumis au traitement mercuriel pour un chancre syphilitique ; prend d'abord 2 centigrammes de proto-iodure, mais est obligé d'en suspendre l'emploi au bout de 3 jours parce qu'il est pris de diarrhée ; on le met aux injections de 1 centigramme de sublimé, une tous les deux jours. A la 10e injection, il est pris de frissons, de fièvre, de fortes douleurs abdominales, au bout de 3 jours d'un prurit général intense qui s'accompagne la nuit suivante d'un érythème scarlatiniforme généralisé ; T. 39°. Les jours suivants, sur le fond érythémateux se développèrent des vésicules, des croûtes et des squames, puis quelques abcès dermiques sur le tronc. Mort 2 mois après le début de l'érythème par adynamie.

A l'autopsie, bronchite purulente chronique et foyers de broncho-pneumonie, entéro-colite subaiguë revêtant le caractère polypeux dans la 2e moitié du gros intestin, légère dégénérescence graisseuse du foie et des reins, légère dilatation des cavités cardiaques et atrophie brune du myocarde.

A l'examen histologique, épaississement et desquamation de la couche cornée dans laquelle on trouve des débris nucléaires se colorant bien par le carmin, amincissement des couches sous-jacentes dans lesquelles on ne trouve que quelques cellules trapézoïdes avec rares granules d'éléidine, abondante infiltration d'éléments embryonnaires dans le derme, le long des vaisseaux, autour des glandes sébacées et sudoripares et des terminaisons nerveuses ; névrite parenchymateuse des nerfs de l'hypoderme, très légère infiltration embryonnaire dans la substance grise postérieure de la moelle ; le seul nerf périphérique examiné présentait des lésions de névrite parenchymateuse. G. T.

Observations d'acné bromique (Contributo alla casistica dell'acne bromica), par R. Panichi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 5, p. 559.

I. — Femme de 21 ans, ayant depuis 5 ans des attaques d'épilepsie et prenant depuis 4 mois une préparation bromurée. Éruption ayant débuté il y a 2 mois, constituée par des pustules coniques, à base rouge foncé et assez profonde, isolées, correspondant aux orifices des glandes cutanées, plus ou moins abondantes sur les différentes régions du tronc, mais ayant tendance à se grouper sur la face, le dos et la partie supérieure de la poitrine, variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis. En outre, végétations molles, de coloration rouge foncé, isolées, à base étroite, occupant le front et le pourtour des yeux et l'aisselle droite. Sur les jambes, plusieurs taches violacées de plusieurs centimètres de long, saillantes de 4 à 5 millimètres, formées de végétations molles, recouvertes d'une croûte squameuse, au-dessous de laquelle on trouve une surface rouge formée par la couche papillaire hypertrophiée avec, de place en place, de petits orifices par lesquels la pression fait sourdre un pus crémieux et dense.

A l'examen microscopique, dilatations ampullaires des follicules pileux et de quelques conduits sudoripares, s'ouvrant par places en dehors, avec infiltration périfolliculaire et périvasculaire assez notable de cellules connectives, fusiformes, de néoformation. Les glandes sébacées ne sont pas le siège de ces distensions très prononcées qui ont été observées dans d'autres cas.

II. — Femme de 25 ans, atteinte de contracture hystériqne du bras, soumise au traitement bromuré. Pustules acnéiques ressemblant à celles de l'acné vulgaire sur la face, la partie supérieure de la poitrine et du dos. L'examen histologique de deux pustules de la poitrine ne montre pas la formation de cavités ampullaires, mais un soulèvement de l'épiderme, une infiltration épidermique et dermique périvasculaire.

L'auteur pense que les éruptions bromiques sont dues à l'action des composés bromiques sur les nerfs vaso-moteurs lorsqu'il s'agit simplement d'éruptions érythémateuses, mais que dans les formes plus graves et spécialement dans celles qui ont pour point de départ les glandes cutanées, il faut admettre l'élimination du brome par la peau. Il fait remarquer à l'appui de cette conclusion, que dans le deuxième des cas qu'il rapporte, les lésions cutanées renfermaient du brome, tandis que les urines n'en renfermaient pas. G. T.

Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique, par Ch. Féré. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1897, p. 332.

Homme de 31 ans, épileptique ayant des accès d'apathie avec confusion mentale sans délire. Ces accès s'accompagnent d'amaigrissement et du développement d'une mélanodermie qui rappelle la maladie des vagabonds. Deux de ces accès sont survenus pendant le séjour à l'hôpital : sur tout le tronc, en avant et en arrière, sur le cou, les fesses, les cuisses, surtout à leur face interne, sur les bras, coloration bronze foncé, marbrée de petites taches lenticulaires blanchâtres variant de 2 à 4 millimètres de diamètre; la coloration est à peu près uniforme sur le tronc, plus foncée à la base du cou et à la face interne des cuisses ; la face, les mains et les pieds conservent leur coloration normale, la peau est lisse, sans trace de grattage, ni de phthiriase. Cette coloration dure tant que persiste l'apathie et disparaît en un mois environ.

Il ne s'agit évidemment pas d'une mélanodermie de cause externe, mais d'un trouble trophique lié à l'état général et méritant d'être rapproché des troubles trophiques des poils et des ongles qu'on peut observer dans les mêmes circonstances. G. T.

Molluscum.

Molluscum athéromateux régional (Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung [Molluscum atheromatosum Kaposi] an der Scrotalhaut), par Ostermayer. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XXXIX, p. 353.

Ce cas concerne un malade de 31 ans qui depuis environ 6 ans serait atteint de tumeurs du scrotum qui ne lui ont, jusqu'à présent, occasionné aucun autre malaise. Il n'avait jamais rien eu auparavant sur la peau du scrotum, ni maladie inflammatoire ni autres. Il y a quatre ans, on lui

avait fait suivre un traitement antisyphilitique pour cette affection, bien que le malade prétende n'avoir jamais été infecté.

Actuellement toute la peau du scrotum est recouverte de nombreuses petites tumeurs, en cercle, rénitentes, confluentes et disposées comme les baies d'une grappe, dont la grosseur varie de celle d'une noix à celle d'une tête d'épingle, en forme de sphère, blanc jaunâtre, transparentes, semblables à de la graisse. La peau du scrotum, déjà si mince en elle-même, était, sur les tumeurs, extrêmement amincie, tendue et si transparente que la coloration jaune du contenu des néoplasmes kystiques était très visible. Les plus grosses tumeurs avaient leur siège sur les faces antérieure et inférieure, diposées en lignes parallèles de chaque côté du raphé. Sur les surfaces latérales et au voisinage de la crête de l'anus le volume des tumeurs diminue par degrés. On excisa les plus grosses tumeurs et on détruisit les petites à l'aide du Paquelin.

L'examen anatomique des tumeurs montra qu'elles étaient tout à fait identiques aux kystes athéromateux ordinaires, tant sous le rapport de la structure du follicule que du caractère du contenu. A. Doyon.

Mycosis fongoïde.

Étude histologique de trois cas de mycosis fongoïde terminés par la mort. Rapports du mycosis, de la lymphadénie et de la leucémie, par Leredde et E. Weil. *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1898, p. 124.

La nature lymphadénique du mycosis sur laquelle on discute encore en France et en Allemagne n'a pu être établie sur la structure microscopique du mycosis, mais peut l'être par la coexistence du mycosis et de lymphadénomes.

Plusieurs cas ont été publiés ; la plupart n'entraînent pas la certitude. Dans certains le diagnostic de mycosis n'est pas suffisamment établi, dans d'autres le diagnostic de lymphadénie est fondé sur la présence de ganglions volumineux. Or, le mycosis pourrait déterminer des adénopathies sans être nécessairement de nature lymphadénique. Dans d'autres le diagnostic de lymphadénie est fondé sur la présence d'amas cellulaires dans les viscères, amas qui sont peut-être dus à l'infection qui termine habituellement le mycosis, infection à streptocoques en général (Sabouraud et un fait du présent travail). Le fait de coexistence du mycosis et de la lymphadénie le plus probant qui ait été publié est celui de Philippson.

MM. Leredde et Weil rapportent deux cas de coexistence de lymphadénie et de mycosis. Dans l'un, observé par M. Hallopeau (*Annales de Dermatologie*, 1896, p 1082, 1897 p. 57), on trouva à l'autopsie un lymphadénome rénal, formé d'un réticulum, de cellules éosinophiles et de plasmazellen.

Dans l'autre cas (mycosis à forme pigmentaire), il existait des lymphadénomes hépatiques comprenant un réticulum, des cellules éosinophiles, des plasmazellen et des cellules fixes.

Un fait de mycosis où les organes ont pu être étudiés complètement au point de vue cellulaire permet, rapproché des deux faits précédents, d'étudier quelques points spéciaux de l'histoire des lésions viscérales et ganglionnaires du mycosis fongoïde (gros foie gras avec sclérose, surtout

de la capsule, infiltrée de plasmazellen, sclérose rénale fruste, lésions complexes de la rate, où l'on trouve encore des plasmazellen et de la sclérose, hypertrophie ganglionnaire avec dépôt de plasmazellen dans les voies lymphatiques sous-capsulaires).

Un fait publié par MM. Danlos et Leredde (*Annales de Dermatologie*, 1896, p. 47 et 1326) montre que la lymphadénie pernicieuse de Kaposi est purement et simplement identique à l'érythrodermie mycosique.

Les conclusions de ce mémoire sont :

« Il n'est pas possible encore de démontrer histologiquement l'identité des lésions du mycosis fongoïde et de la lymphadénie car nous ne possédons pas de notions suffisantes sur les formes cellulaires qu'on rencontre dans celle-ci, d'ailleurs analogues, dans les faits étudiés par le présent travail, à celles qui constituent les altérations mycosiques. Mais on observe entre le mycosis et la lymphadénie, le mycosis et la leucémie des associations qui nous permettent d'arriver à cette conclusion : le mycosis est une forme de lymphadénie cutanée.

« Dans les cas mêmes où il n'existe pas de lymphadénome limité, le mycosis peut s'accompagner de lésions ganglionnaires et viscérales qu'il y aura lieu de rechercher à l'avenir dans d'autres cas. Que ces lésions s'exagèrent sur un point limité, elles constituent des lymphadénomes.

« Malheureusement nous ne savons ce qu'est au point de vue étiologique la lymphadénie vraie, dégagée des pseudo-lymphadénies telles qu'en produisent la tuberculose et sans doute d'autres infections classées, et si cette lymphadénie ne comprend pas des maladies multiples. Ce que nous voulons dire, c'est que le problème du mycosis n'est pas différent de celui de la lymphadénie, et qui aura résolu l'un aura résolu l'autre. » LEREDDE.

Nævi.

Des nævi dans leurs rapports avec les territoires nerveux ; essai de pathogénie et d'étiologie, par G. ÉTIENNE. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1897, p. 263.

L'auteur rapporte 9 observations de nævi vasculaires ou verruqueux dont la disposition permettait de les rapporter à une origine nerveuse.

De l'examen de ces observations et des faits précédemment publiés, il conclut que l'on doit reconnaître deux groupes de faits, ceux dans lesquels le nævus occupe le territoire d'un nerf ou son trajet, et ceux dans lesquels le nævus occupe la zone intermédiaire entre deux territoires nerveux voisins. Ces nævi peuvent être attribués à une névrite intra-utérine, névrite ayant pour origine peut-être une infection maternelle ou les troubles digestifs si fréquents chez la femme enceinte, la névrite portant son action hypertrophiante sur tout le territoire du nerf atteint, ou plus activement à ses limites, aux lignes de Voigt.

Dans certains cas, plus difficiles à interpréter, les nævi intéressent plusieurs nerfs d'un seul côté, ou bien sont constitués par des placards médians, formés de deux portions symétriques, ou bien croisent plus ou moins obliquement plusieurs territoires nerveux. Ces différents faits ne peuvent s'expliquer que par une altération médullaire. G. T.

Cas rare de nævus pigmentaire (Caso raro di neo pigmentario), par Sprecher. *Internationale photographische Monatsschrift für Medizin*, août 1897, p. 117.

Fillette de 4 ans, ayant un large nævus pigmentaire plan recouvert de poils, de coloration brun-gris uniforme; ce nævus occupe tout le dos, depuis une ligne partant du coccyx et suivant le contour supérieur de la fesse jusqu'au cuir chevelu; il se prolonge sur la face postérieure des bras, la face antérieure du bras droit, les régions sus et sous-claviculaire, mammaire et sous-mammaire droites, sus-claviculaire gauche. En outre, un nævus occupant une partie de la portion antérieure de la cuisse gauche, un autre occupant la partie inférieure et externe de la jambe droite et 356 petits nævi, plus petits, disséminés sans aucun ordre sur toute la surface du corps, de dimensions variables, de coloration variant du jaune gris au brun foncé, glabres ou pilaires. G. T.

Deux cas de nævus linéaire (Report of two cases of linear nævus with remarks on its nature and nomenclature), par P.-A. Morrow. *New-York medical Journal*, 1er janvier 1898, p. 1 (avec chromolithographie).

Deux observations de nævus kératosique, systématisé, unilatéral, accompagnées de planches en chromolithographie. M... montre que la distribution de ces lésions n'est qu'exceptionnellement en rapport avec le trajet des nerfs cicatriciels, bien qu'elles puissent coïncider avec des altérations profondes du système nerveux. Quant à la dénomination, il accepte la définition large du mot nævus, tel qu'il est employé par les auteurs français et allemands, repousse les termes d'ichtyose et de papillome et adopte celui de nævus kératosique systématisé ou linéaire. W. D.

Lésions cutanées en forme de bande de l'extrémité inférieure, par J. Heller. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XII.

L'auteur réunit dans cette notice les observations et les graphiques de 5 cas d'affections ayant pour caractère commun d'occuper les membres inférieurs et d'y être disposées sous forme de bande parallèle à l'axe de ces membres.

Dans un cas personnel, il s'agit d'un homme de 32 ans, qui, à la suite d'une plaie de la région malléolaire interne, vit se développer sur une bande partant de la malléole, remontant au bord interne du mollet, puis se divisant en deux pour contourner en arrière la partie interne du genou et gagner la face latérale de la cuisse jusqu'à sa racine, et se répandre sur le pénis et le gland, des lésions cutanées caractérisées à la cuisse par des pustules péripilaires, au niveau du mollet par des squames sèches, sur le pénis par des plaques humides. Cette distribution correspond bien au trajet des nerfs grand saphène et fémoro-cutané, mais la participation de ces deux nerfs est difficile à admettre et il n'y avait aucun indice de lésion nerveuse; le rôle des veines paraît peu probable parce que la blessure n'a pas eté suivie d'écoulement sanguin mais d'un écoulement de sérosité, ce qui dénote la lésion d'un lymphatique; d'ailleurs la topographie de la lésion correspond bien au trajet des vaisseaux lymphatiques du membre.

Dans l'observation suivante, il s'agit de lésions papillomateuses déve-

loppées à la suite de grattage de la fesse ; dans la 3e, d'eczéma ; dans ces deux cas, le développement des lésions cutanées dans une direction qui ne correspond pas au cours de la lymphe, leur topographie qui ne concorde pas avec le trajet des vaisseaux lymphatiques font rejeter l'intervention de ceux-ci et rapporter la cause de la topographie des altérations cutanées dans les lignes de Voigt ou les nerfs périphériques.

Les deux dernières observations ont trait à des nævi papillaires en bandes, que leur origine congénitale ne peut autoriser à attribuer à une altération des vaisseaux lymphatiques, et qui d'ailleurs correspondent plutôt par leur distribution à une lésion nerveuse.

Il résulte de la comparaison de ces cas qu'on ne peut réunir dans un schéma unique toutes les affections en bandes des extrémités inférieures ; si les lésions des lymphatiques expliquent certaines d'entre elles, il faut dans chaque cas déterminer la base anatomique de la lésion. G. T.

Névrome.

Cas de névrome douloureux de la peau, par L.-A. Duhring. *Atlas international des maladies rares de la peau,* fasc. XII.

Homme de 70 ans, ayant constaté depuis dix ans des lésions cutanées de l'épaule gauche, qui ensuite se sont étendues au bras. Ces lésions consistent en tubercules pouvant atteindre le volume de petits pois, saillants, mais flétris, fermes et même durs au toucher, irrégulièrement distribués sur la région scapulaire gauche et le côté de l'extension du bras jusqu'au coude, sans rappeler le trajet de troncs nerveux. La peau malade dans son ensemble a une couleur rose avec une nuance violacée, surtout sur l'épaule; au moment des paroxysmes douloureux, elle devient plus rouge, plus violacée et plus chaude que de coutume; les tubercules du centre sont couverts de squames épidermiques peu épaisses, blanc jaunâtre. Tous les tubercules sont le siège d'une sensibilité exquise à la pression même très légère, comme celle du contact des vêtements; la douleur atteint son plus haut degré quand le malade serre doucement le bras contre le corps, et alors elle est d'une violence extrême ; en outre, il y a des paroxysmes réveillés par une inquiétude, une excitation quelconque, même l'idée qu'on va enlever l'habit ou examiner la peau; les douleurs sont moins fortes en été qu'en hiver. Santé générale excellente.

L'excision du plexus brachial fut suivie d'une diminution notable des douleurs qui reparurent cependant au bout d'un an et atteignirent l'intensité première; il n'y avait pas de connexions entre les tubercules et les branches ou les troncs nerveux.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'elle était formée des éléments de la peau, d'un tissu conjonctif dense et de fibres nerveuses sans gaine médullaire; les éléments de nouvelle formation étaient des fibres de longueur et de direction variables, en général parallèles, chacune d'elles formée d'une substance centrale finement granuleuse, entourée d'une gaine contenant des noyaux allongés, ovales, quelque peu granuleux, mais pas de myéline; en outre, on trouva des fibres élastiques jaunâtres, les parois des vaisseaux sanguins épaissies contenant de nombreux noyaux et autour de chaque vaisseau un petit amas de cellules lymphatiques rondes, ressemblant aux noyaux des parois vasculaires. G. T.

Ongles.

Quelques cas de psoriasis unguéal, par Frèche. *Annales de la Policlinique de Bordeaux*, septembre 1897.

L'auteur publie 5 observations détaillées de psoriasis unguéal qu'il fait suivre des réflexions suivantes : il est hors de doute qu'on puisse faire le diagnostic de psoriasis unguéal lorsque cette lésion est isolée, et cependant si l'on cherche à analyser les divers signes qu'on rencontre, tels que striations transversales ou longitudinales, piquetures cupuliformes, flammèches hémorrhagiques, teinte brunâtre enfumée du lit de l'ongle, on voit que ces divers signes sont communs à d'autres affections et peuvent se trouver dans des lésions unguéales très dissemblables, tels qu'eczéma, trichophytie, etc. Seule, l'hyperkératose sous-unguéale du psoriasis, blanche, tassée, s'effritant et blanchissant au grattage, semble avoir un caractère diagnostique différentiel un peu plus important que les striations, les piquetures et les flammèches, car elle est bien différente de l'hyperkératose de l'eczéma et de celle de la trichophytie. D. F.

Pemphigus et pemphigoïdes.

Pemphigus du nouveau-né avec infection staphylococcique générale (A case of pemphigus neonatorum associated with a general infection by the staphylococcus pyogenes), par Emmett Holt. *New-York medical Journal*, 5 février 1898, p. 175.

Un enfant de 9 jours, vigoureux et bien constitué est apporté à l'hôpital le 14 décembre dans un état de saleté extrême. La mère n'ayant pas de lait, l'enfant n'avait pris presque aucune nourriture ; aucun antécédent de syphilis chez les parents.

L'éruption occupait les épaules, les fesses et les cuisses ; elle était constituée par des bulles de 1/4 de pouce à un pouce de diamètre, un peu flasques, à contenu trouble, la base de ces bulles est formée par le derme dénudé ou superficiellement ulcéré ; conjonctivite purulente de moyenne intensité mais avec suppuration abondante ; ombilic normal, rien dans la poitrine ou l'abdomen. Température modérée. Le pus de la conjonctivite contient des microbes pyogènes, mais pas de gonocoques ; le pus des bulles contient le staphylocoque doré.

Les jours suivants, la température s'élève, l'enfant est prostré, l'éruption s'étend, les bulles se multiplient avec une grande rapidité et acquièrent parfois deux pouces de diamètre. La mort survient 60 heures après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie, 31 heures après la mort. Cerveau congestionné ; larynx congestionné couvert d'un enduit grisâtre peu adhérent ; poumons emphysémateux dans les sommets, atélectasique aux bases avec de nombreux foyers hémorrhagiques ; congestion du foie, de la rate, des reins, ecchymoses dans les reins et les capsules surrénales ; hyperhémie de la muqueuse, de l'œsophage et de l'estomac ; les plaques de Peyer sont rouges et gonflées.

Dans les poumons on trouve par la culture le staphylococcus pyogenes aureus et le bacterium lactis aerogenes ; dans la rate et le rein le streptococcus longus ; dans le foie le streptococcus longus et le staphylococcus

aureus ; dans les bulles le staphylococcus pyogenes aureus pur et virulent.

L'auteur conclut à la nature septicémique de l'éruption. W. D.

Dermatose épidémique, pemphigoïde et furonculeuse (An epidemic pemphigoid and furuncular skin disease with observations on its bacteriology), par Jas. A. Reid. *Intercolonial medical Journal of Australasia*, 20 juillet 1897, p. 441.

Reid a observé dans un village de l'État de Victoria une épidémie d'une éruption pemphigoïde. Elle avait débuté par un ouvrier qui s'était fait de nombreuses brûlures en réparant une machine à vapeur. Les brûlures du bras droit s'enflammèrent et il survint une lymphangite diffuse sur laquelle se montrèrent une série de bulles atteignant la grandeur d'une pièce de 2 shillings. Leur contour était à peu près clair au début mais devenait promptement purulent ; en même temps il y avait de la fièvre. Au bout de quelques jours les phénomènes généraux et locaux s'amendèrent, mais la troisième semaine la fièvre reparut s'accompagnant d'une tuméfaction considérable de tous les ganglions de l'aisselle. La fièvre tomba aussitôt après l'extirpation des ganglions qui étaient gros, pâles, mais sans traces de suppuration.

L'examen microscopique et les cultures montrèrent dans les bulles et les ganglions un diplocoque mobile que l'auteur compare à celui qui a été décrit dans le pemphigus aigu par Demme, Pernet et Bulloch, etc. — Les cultures jaunes, liquéfiant la gélatine font surtout penser au staphylocoque doré, et la description de l'auteur ne suffit pas à convaincre que ce n'est pas du staphylocoque doré qu'il s'agit.

Les inoculations ont fait mourir les souris et ont déterminé divers accidents locaux chez les cobayes.

Ce cas fut le point de départ d'une épidémie caractérisée par des éruptions bulleuses pemphigoïdes et par des furoncles, qui atteignit plusieurs personnes habitant la même ferme, puis une famille voisine et enfin se dissémina dans toute la région.

Dans tous les cas observés, Reid a trouvé le même microbe.

Ces éruptions pemphigoïdes contagieuses et épidermiques s'observent assez souvent dans les villages australiens. W. D.

Plique.

Plique polonaise (Plica polonica), par F. E. Fronczak. *Saint-Louis med. and surg. Journal*, décembre 1897, p. 297, et janvier 1898, p. 9.

Dans ce long article, où l'historique tient la première place, l'auteur passe en revue la bibliographie touffue de la plique. Il commence par une synonymie qui comprend 176 noms en 21 langues et finit par une bibliographie très étendue.

Il rapporte toutes les opinions souvent absurdes émises sur l'étiologie de la plique et condense en un chapitre la symptomatologie fantaisiste des auteurs anciens ; lui-même est assez disposé à admettre l'opinion de Hebra, que la plique est uniquement due à la négligence et au manque de soins de toilette. Il ignore la plupart des travaux récents qui ont montré l'existence réelle d'une plique trophonévrotique, due à des troubles nerveux et caractérisée par l'enchevêtrement progressif ou rapide des cheveux. W. D.

Sarcome.

Sarcomatose cutanée idiopathique (Sulla sarcomatosi cutanea idiopatica), par M. Gravagna. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. VI, p. 764.

Observation d'un homme de 74 ans, atteint depuis deux ans de sarcomes multiples de la peau des membres supérieurs et inférieurs, du scrotum, du menton et de la nuque, à éléments violacés, ayant débuté par le côté externe des cuisses, puis les mains et les pieds. L'examen histologique d'une tumeur montra qu'il s'agissait d'angio-sarcome multiple télangiectasique. L'auteur a fait sur ce cas un série de recherches, dont les résultats ont été négatifs; il n'a pu trouver de microbes dans le sang, le pouvoir toxique des urines n'était pas augmenté, les inoculations expérimentales aux animaux sont restées sans résultats, et les néoplasies cutanées ne renfermaient pas de blastomycètes.

Il conclut de ces recherches que la pathogénie et l'étiologie de la sarmatose cutanée restent indéterminées.

Les injections arsenicales n'ont produit aucune amélioration ni de l'état général du malade, ni de ses lésions cutanées. G. T.

Tatouage.

Le détatouage (Om Fjernelse af Tatoveningen), par C. J. Hansen. *Hospitalstidende*, 10 novembre 1897.

L'auteur a essayé le détatouage sur 50 dessins chez 24 malades. Il donne la préférence absolue aux méthodes de Variot et de Brault, surtout à la dernière, qui cause moins de douleur tout en donnant un résultat aussi certain avec des cicatrices plus belles, plus lisses et plus souples que la méthode de Variot. Ehlers (Copenhague).

Thérapeutique.

Savons antiseptiques. (Sul valore terapeutico dei saponi antisettici), par E. Curzio. *La Settimana medica dello Sperimentale*, 24 et 31 juillet 1897, p. 353 et 365.

L'auteur a étudié l'action des savons antiseptiques sur les cultures du staphylocoque doré; et d'autre part a recherché les micro-organismes contenus dans les parties profondes de ces savons.

Il conclut de ses recherches que le savon au sublimé, principalement le savon mou à 10 p. 1000, n'est pas aseptique au sens strict du mot; le savon dur au sublimé a un léger pouvoir antiseptique, quand on prolonge son action pendant un temps très long. Le savon à l'acide phénique, même à 10 p. 100, n'est pas aseptique; il est encore inférieur au savon au sublimé au point de vue antiseptique et est absolument incapable d'empêcher le développement du staphylocoque doré. Le savon à l'acide salicylique à 3 p. 100 et le savon à l'acide borique à 5 p. 100 peuvent être considérés comme aseptiques. Le savon à l'acide salicylique a un pouvoir antiseptique assez prononcé, en ce sens qu'au bout d'un temps assez court il empêche le développement du staphylocoque. Le savon à l'acide borique à 5 p. 100 se comporte d'une façon analogue à l'acide borique, mais a un pouvoir antiseptique moins manifeste. G. T.

La thiosinamine dans la chéloïde, les tumeurs inopérables et les cicatrices (Thiosinamine, a further study of its use in the treatment of keloid, inoperable tumors and cicatricial conditions, including deafness), par S. TOUSEY. *New-York medic. Journal*, 6 novembre 1897.

Tousey attribue l'action de la thiosinamine à son influence sur les globules blancs qui diminuent considérablement de nombre puis augmentent non moins rapidement; il en résulte une perturbation profonde dans la nutrition du tissu conjonctif.

Tousey a observé des résultats très satisfaisants en administrant la thiosinamine par la bouche.

Dans deux cas de cancer inopérable la thiosinamine a paru retarder l'évolution des lésions locales. Plusieurs cas de chéloïde ont été guéris. Dans la plupart des observations rapportées ou citées, le médicament a été donné en injection. W. D.

Remarques sur l'électrolyse dans les maladies de la peau (Some further observations on electrolysis in diseases of the skin), par W. H. HARDAWAY. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1897, p. 399.

Hardaway rappelle qu'il a été le premier à introduire l'électrolyse en dermatologie, il y a vingt-quatre ans et il passe en revue les résultats acquis. Les indications en ont été à peu près fixées dès la première année et ce sont notamment les hypertrichoses, les télangiectasies, le milium, les nævi, les verrues et toutes sortes de petites tumeurs; les avantages de cette méthode consistent surtout en ce que les cicatrices sont presque nulles.

Parmi les chéloïdes il n'y a que celles qui sont petites et rares qui relèvent de l'électrolyse; cependant les grosses cicatrices hypertrophiques peuvent être améliorées. Pour les nævi vasculaires superficiels, les angiomes stellaires, l'électrolyse est la méthode de choix, mais dans les taches de vin et les angiomes épais et profonds les résultats sont médiocres.

En ce qui concerne le lupus, Hardaway n'a pas d'expérience de l'électrolyse en surface par la méthode de Lustgarten, mais il recommande beaucoup l'électrolyse ponctuée pour les petits nodules de récidive disséminés dans les cicatrices.

L'électrolyse paraît être le traitement le plus efficace dans le lupus érythémateux fixe, peut-être en raison de sa nature tuberculeuse. W. D.

Résistance individuelle au courant électrolytique (A case illustrating individual resistance in electrolytic work), par M. B. HUTCHINS. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1897, p. 422.

Après une première série d'épilation, chez une jeune femme, faite sans ampèremètre, Hutchins fut surpris de voir reparaître la plupart des poils. Dans une seconde série il constata que, ayant débuté à 2 milliampères, le courant tombait à 0 après le traitement de trois ou quatre poils; en faisant passer l'électrode positive d'une main dans l'autre, le courant reprenait son intensité mais pour retomber aussitôt. Il fut impossible de découvrir la cause de cette anomalie dans la pile, le circuit ou les contacts, force était de l'attribuer à la malade elle-même. D'autres fois Hutchins a pu trou-

ver des différences considérables dans les résistances entre deux malades traités dans la même heure. Enfin il a une fois constaté des différences du simple au quadruple suivant que l'électrode indifférente était tenue dans l'une ou l'autre main. Il ne propose pas d'explication de ces faits et conclut seulement à la nécessité de ne jamais opérer sans se servir d'un milliampèremètre. W. D.

Trichophytie.

Granulome trichophytique (Granuloma trichophyticum Majocchi), par G. Pini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. VI, p. 710.

L'auteur a observé à la clinique de Majocchi trois cas de l'affection que ce dernier a décrite sous le nom de granulome trichophytique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 20 ans, portant sur le cuir chevelu, principalement sur sa bordure, des cercles trichophytiques érythémato-squameux, et sur le sommet de la tête et l'occiput des saillies hémisphériques du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette, de coloration rouge, brillantes, tendues, complètement glabres, quelques-unes fluctuantes, d'autres simplement pâteuses, d'où la pression faisait sortir un liquide puriforme mélangé de sang, renfermant des globules de pus, des globules rouges et des spores réfringentes.

Le deuxième cas se rapporte à un garçon de 9 ans, ayant sur l'avant-bras une plaque trichophytique de la largeur d'une pièce de 5 francs, sur laquelle on voyait deux ou trois petites pustules et une saillie nodulaire de forme allongée ; sur le bord de la plaque, saillie de coloration rouge rosée, de consistance plutôt dure et profondément infiltrée.

Le troisième a trait à une fillette de 7 ans, ayant sur le sommet de la tête et la fossette sous-occipitale des plaques alopéciques, avec quelques papules plates, plaques lisses, brillantes, de coloration rouge vineux, avec infiltration assez compacte de toute l'épaisseur de la peau, autour desquelles on voyait quelques plaques de teigne tondante.

Les lésions, dans les trois cas, sont assez différentes cliniquement, elles ont cependant pour caractères communs, qui les distinguent du kérion et du sycosis, d'être constituées au début par des saillies de consistance dure, presque fibreuse, complètement alopéciques, non acuminées, sans vésicules éphémères, sans pustules, et, lorsqu'elles s'ulcèrent, de donner issue non à du pus véritable, mais à un mélange de pus, de sang et de détritus mous jaune rosé.

L'examen histologique qui, ainsi que les cultures, a porté sur les deux premiers cas seulement, a montré l'intégrité de l'épiderme ; les follicules sont altérés dans toute leur étendue, les poils présentent les lésions bien connues de la trichophytie, les gaines de la racine et du follicule résistent au début à l'invasion du granulome dans leur partie superficielle, tandis que le tiers inférieur du follicule et de la papille présentent des lésions plus avancées allant jusqu'à la fonte purulente ; dans les couches dermiques profondes, on trouve un tissu ayant tous les caractères du granulome, avec disparition des fibres élastiques au centre de ce dernier. Au milieu des éléments épithélioïdes du granulome et le plus souvent au voi-

sinage des cellules géantes, on trouve des spores trichophytiques isolées ou réunies en groupe de quatre ou cinq, mais on ne peut trouver de mycélium.

Dans le deuxième cas, les lésions occupant l'avant-bras où les poils font défaut, on ne trouva que peu ou pas d'altérations folliculaires, mais il y avait une kératose de l'orifice folliculaire, arrivant sur quelques coupes à oblitérer celui-ci.

Les cultures sur agar mannité donnent des colonies blanc jaunâtre, pulvérulentes, de forme mal délimitée et des colonies en gouttes et lenticulaires, d'un blanc de neige à bords jaunâtres ; sur agar glycériné et sur pomme de terre acide, les colonies sont d'un blanc de neige.

Les inoculations par simple raclage ont donné soit des résultats négatifs, soit des lésions très superficielles sans trace de suppuration. L'inoculation profonde jusque dans le pannicule adipeux sous-cutané a donné dans un cas, au bout de 5 jours, une tuméfaction hémisphérique, du volume d'une noisette, rouge, de consistance presque fibreuse, entourée d'une zone rouge, qui n'a pas été examinée histologiquement. G. T.

Trichorrhexie.

Trichorrhexie noueuse (La tricorressi nodosa), par R. Panichi. *La Settimana medica dello Sperimentale*, 18 septembre 1897, p. 450.

Étudiant, atteint depuis longtemps de séborrhée du cuir chevelu, traité par la méthode de Lassar au moyen de savonnages journaliers et de frictions avec des substances fortement antiseptiques, telles que l'acide salicyque et le sublimé en solution alcoolique, c'est-à-dire se trouvant dans les meilleures conditions pour éviter un envahissement microbien des cheveux. Le plus grand nombre de ceux-ci présentaient cependant des nodosités blanches, au niveau desquelles ils se cassaient avec la plus grande facilité; et au microscope les cheveux rompus se terminaient en balai ; au niveau des nodosités, le cheveu était gonflé, sec et fibreux. Les cultures furent pour la plupart stériles et celles qui furent positives présentaient des germes déposés accidentellement.

L'auteur pense que dans ce cas on ne peut admettre comme cause des ruptures des cheveux que l'action mécanique de la friction unie à l'action chimique des substances employées; cependant en général la trichorrhexie paraît d'origine parasitaire. G. T.

Troubles trophiques.

Syndrome syringomyélique avec hémiatrophie faciale et troubles oculo-pupillaires, par Queyrat et E. Chrétien. *Presse médicale*, 21 décembre 1897, p. 379.

Homme de 35 ans, colporteur, atteint de syringomyélie à prédominance unilatérale. Panaris analgésiques multiples avec mutilation des doigts, qui ont tous, sauf l'annulaire et l'auriculaire droits, perdu une portion plus ou moins considérable de leur dernière phalange et sont fléchis sur la paume de la main; crevasses sur plusieurs d'entre eux au niveau des plis interphalangiens ; les téguments des doigts et de la paume des mains sont épaissis et sclérosés. Amyotrophie peu marquée. Troubles de la sensibilité générale avec prédominance absolue de la thermo-anesthésie.

Cypho-scoliose. Hémiatrophie faciale gauche. Myosis, perte de l'accommodation aux objets avec conservation du réflexe lumineux, enfoncement du globe de l'œil gauche avec rétrécissement de la fente palpébrale, diminution des sécrétions sudorale et nasale du côté gauche. Biopsie d'un fragment de la peau, anesthésiée de l'avant-bras gauche ; recherche négative du bacille de Hansen. G. T.

Tuberculose cutanée.

Sur une forme particulière de tuberculose cutanée (Tuberculose cutanée frambœsiforme disséminée), par Jessner. *Atlas international des maladies rares de la peau*, fasc. XIII.

Fillette de 15 ans, ayant depuis l'âge de 9 ans des nodules, occupant d'abord le nez, puis la tête, le dos et les extrémités, nodules brun rougeâtre, de 2 à 10 millimètres de large, plus ou moins saillants, les plus gros hémisphériques, les plus petits coniques, isolés ou réunis en groupes plus larges ; la surface de ces lésions est lisse ou un peu frambœsiforme ; l'épiderme n'est pas épaissi, mais soulevé par places en petits lambeaux ; le tissu de ces lésions est mou, fongueux.

L'auteur fait remarquer que ces lésions diffèrent du lupus, avec lequel elles ont les plus grandes ressemblances, par leur fixité, les éléments les plus anciens ayant exactement les mêmes caractères que les éléments les plus jeunes.

Au microscope, on trouva un granulome, semblable à celui qu'on rencontre dans la tuberculose, ayant des limites nettes dans la profondeur et sur les bords, et siégeant dans les couches superficielles du derme. L'inoculation intrapéritonéale au cobaye et au lapin fut suivie du développement de tubercules viscéraux. G. T.

Ulcères.

L'ulcère phagédénique des pays chauds en Algérie ; aperçu historique, étude bactériologique, par H. Blaise. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 octobre 1897, p. 961.

1316 convoyeurs indigènes ont été soignés, en 1895-1896, dans les hôpitaux militaires de la côte algérienne, au retour de Madagascar, pour des ulcères phagédéniques des pays chauds, le plus souvent compliqués d'accidents gangréneux et surtout de pourriture d'hôpital. De ces malades un certain nombre sont morts ; d'autres, renvoyés guéris, sont rentrés dans leurs foyers, ont eu des récidives et ont transmis leur maladie à leurs proches. D'autres, ayant dissimulé leur maladie, sont également rentrés dans leurs foyers et ont été l'origine de transmissions plus ou moins nombreuses. Il en résulte qu'il a été observé en Algérie plus de 700 cas d'ulcère phagédénique.

L'examen microscopique des lésions de l'ulcère a permis à l'auteur de constater : dans l'ulcère récent, associés à des bactéries vulgaires, des microbes droits ou incurvés, présentant plus ou moins nettement la forme spirillaire, formant une couche épaisse, parallèle à la surface ; dans l'ulcère ancien, récidivé, un moins grand nombre de ces microbes, disséminés par groupes plus ou moins importants, partout mélangés à des bactéries vulgaires ; sur les ulcères récidivés et presque complètement guéris, peu

ou point de ces bactéries spéciales et un petit nombre de bactéries banales. L'auteur pense que ces éléments spéciaux, bâtonnets et spirilles, qu'il n'a pu, d'ailleurs, obtenir à l'état de culture pure, constituent l'élément pathogène de l'ulcère phagédénique des pays chauds. G. T.

Verrues.

Des verrues planes juvéniles, par G. Djamdjeff. *Archives cliniques de Bordeaux,* octobre 1897, p. 468.

La verrue plane est constituée par une petite élevure circulaire de couleur rose terne, peu différente de celle de la peau normale voisine. Sa saillie, très minime, atteint rarement 1/2 millim. Visible à l'œil nu en raison de son contour net mais sans saillie, elle a une surface lisse, luisante, quelquefois un peu grenue. A la loupe on distingue une surface finement mamelonnée, et au pourtour une légère collerette épidermique. Les éléments ont une grande tendance à se grouper et à former des plaques à contours polycycliques. Les sièges de prédilection sont la face ou le dos des mains et des doigts et quelquefois aussi la paume des mains ainsi que les autres points du corps. La durée, difficile à préciser, est en général longue et le grattage joue probablement un rôle important dans la propagation de l'éruption. Du dépouillement de 58 observations il apparaît que le maximum de fréquence se rencontre de 5 à 10 ans.

La nature parasitaire des verrues planes, bien que vraisemblable, n'est nullement prouvée. L'étiologie de la verrue plane est presque calquée sur celle de la verrue vulgaire et cependant les deux lésions paraissent être très distinctes.

Au point de vue anatomo-pathologique, la verrue plane est primitivement constituée par une hypertrophie de toutes les couches de l'épiderme. Le derme ne présente aucune altération propre ; ses papilles ne paraissent pas plus nombreuses qu'à l'état normal, elles sont seulement allongées et rétrécies par l'exubérance de l'épiderme. La couche génératrice de l'épiderme ou couche basale à cellules cylindriques est plus riche en figures karyokinétiques. La couche épineuse très épaissie envoie vers la profondeur des bourgeons qui dépriment le derme. La couche granuleuse est augmentée d'épaisseur ainsi que la couche cornée, qui est friable.

Le diagnostic différentiel mérite d'être fait avec la verrue vulgaire, la verrue sénile et le lichen plan.

Quant au traitement, il est impossible d'en dire quelque chose de positif et de précis. Des médications très variées ont coïncidé avec la guérison rapide des lésions ; d'autres fois, ces mêmes médicaments sont restés complètement impuissants et l'on sait d'ailleurs que la maladie peut guérir spontanément. D. F.

Verrue juvénile (Contributo allo studio della « verruca giovanile », par G. Lupis. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1897, fasc. 4, p. 451.

La verrue, autant qu'on peut en juger par l'observation clinique, semble être contagieuse, mais cette contagiosité n'est pas facile à démontrer expérimentalement; à ce dernier point de vue, les inoculations méritent d'être reprises sur une vaste échelle et par des procédés très variés.

L'auteur n'a pu constater aucun microorganisme sur ses préparations de verrues, il n'a pu obtenir de cultures de microbe ni dans le bouillon, ni sur gélatine, ni sur agar, ni sur agar à l'extrait de foin.

Au point de vue histologique, il est probable que l'hyperplasie débute dans les couches épithéliales de la peau et que, secondairement, il se produit, pour ainsi dire, mécaniquement, une hypertrophie papillaire, soit par suite de l'hyperplasie des couches épithéliales, soit par retard de la transformation des cellules malpighiennes en cellules cornées, et par accumulation de celles-ci à la suite de leur élimination trop lente. G. T.

Verruga.

La verruga du Pérou ou maladie de Carrion, par L. Chastang. *Archives de médecine navale et coloniale*, décembre 1897, p. 417.

La maladie de Carrion (du nom de l'étudiant péruvien qui, en s'inoculant la verruga et en succombant à des accidents infectieux, démontra la relation de ceux-ci avec la verruga) est une fièvre propre à certaines localités du Pérou, de longue durée, caractérisée par des douleurs musculaires et articulaires, des crampes, une grande prostration des forces, une éruption polymorphe et des altérations marquées des organes hématopoiétiques, et se terminant souvent par la mort.

L'éruption survient plus ou moins longtemps après le début de la maladie, parfois même lorsque le malade a recouvré plus ou moins complètement la santé ; elle peut manquer lorsque la mort survient rapidement, quand elle suit de près la période aiguë de l'invasion, elle amène ordinairement une rémission des symptômes. Elle débute sous la forme de petites taches rosées rapidement saillantes, ou de vésicules brillantes semblables aux sudamina ou même par des vésicules plus volumineuses ou par des pustules. Elle peut occuper toute la surface cutanée, mais de préférence la face, le cou et les membres ; son abondance varie, et parfois elle est presque confluente, ses éléments ont ordinairement la dimension d'un grain de millet, d'un pois, d'une cerise, d'un œuf de pigeon à leur période d'état, ils sont cylindriques, coniques, hémisphériques, fungiformes, sessiles ou pédiculés ; dans certains cas, l'éruption est fruste, on voit en certains points de légères saillies, d'aspect sec, corné, rose pâle ou gris clair, disparaissant en peu de temps en donnant une légère desquamation furfuracée. Quand elles atteignent une certaine dimension, leur surface est lisse et luisante, leur consistance variable, dure, molle ou fluctuante, en même temps qu'elles présentent un réseau vasculaire très développé, et il n'est pas rare alors de les voir être le point de départ d'hémorrhagies.

Les phénomènes généraux se reproduisent après l'éruption ; quand la maladie a terminé son évolution, les phénomènes généraux s'amendent et les tumeurs verruqueuses disparaissent par régression, par ulcération, par transformation crustacée ou par suppuration.

Des lésions analogues à celles de la peau peuvent s'observer sur la conjonctive, le voile du palais, la muqueuse du pharynx, des fosses nasales, du larynx, de l'utérus, de l'intestin, et donner lieu à des hémorrhagies par ces muqueuses. Les viscères peuvent également en être le siège (foie, rate, reins, cerveau).

Les lésions anatomiques de cette affection sont très mal étudiées. Les conditions de propagation ne sont pas déterminées ; on sait seulement qu'elle est spéciale au Pérou et qu'elle est limitée à certaines vallées du versant occidental des Andes. G. T.

Zona.

Sur le zona, à propos d'un cas avec éruption généralisée, par A. Haslund. *Nordiskt medicinskt Arkiv*, 1897.

L'auteur rapporte un cas de zona dorso-abdominal chez une femme âgée de 59 ans, chez laquelle il existait sur toutes les régions de la peau, un grand nombre de vésicules d'herpès isolées, de date un peu plus fraîche que les vésicules du zona, et en même temps des vésicules sur les muqueuses du palais et sur la langue.

Il pense que ce cas, de même que « les vésicules aberrantes » (Tenneson), ne peut pas s'expliquer à l'aide de l'hypothèse de la pathogénie du zona émise par v. Bärensprung, qu'il milite en faveur de la conception du zona comme maladie infectieuse aiguë, quand on le rapproche des autres points d'assimilation que la maladie possède avec les fièvres exanthématiques, savoir la marche de toute la maladie, l'immunité acquise, l'apparition épidémique, etc. G. T.

Zona céphalique, par Ch. Achard et J. Castaigne. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 décembre 1897, p. 1177.

Homme de 51 ans, atteint de zona, occupant, du côté gauche, la région frontale du cuir chevelu, le front, la tempe, les paupières surtout la supérieure, la partie moyenne du nez, la joue et la mâchoire inférieure au niveau de l'émergence des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs et intéressant les muqueuses conjonctivales, au niveau du limbe scléro-cornéen, pituitaire au niveau de la cloison cartilagineuse et buccale, au voisinage de l'embouchure du canal de Sténon, du bord gauche de la langue, du voile du palais et de la luette, du côté gauche du pharynx buccal. Dilatation paralytique de la pupille gauche.

La topographie de l'éruption correspond à la fois au trijumeau, au glosso-pharyngien et au pneumogastrique, nerfs dont les origines nucléaires sont assez voisines ; la mydriase paralytique est l'indice d'une lésion de la troisième paire, degré très simple des paralysies oculo-motrices qu'on observe dans certains cas de zona ophtalmique. Ces particularités sont en faveur de l'origine centrale du zona. G. T.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE DE PARIS

Séances des 26 janvier et 9 février 1898.

Des gelées à l'agar-agar en thérapeutique dermatologique.

M. Paul Gallois emploie depuis plusieurs années, dans le traitement de l'érysipèle, une gelée composée de : eau 100 gr.; gélose 1 gr.; sublimé et acide tartrique ââ 0,10 centigr.; cette gelée est écrasée sur la peau en une couche mince qui sèche assez rapidement et forme un enduit frais, non rétractile, s'enlevant facilement par le lavage à l'eau et résistant cependant aux frottements même énergiques. Les gelées à l'oxyde de zinc sont d'un emploi utile dans les eczémas non suintants. Ces préparations ont sur les colles à la gélatine l'avantage de pouvoir s'appliquer sans chauffage préalable.

M. Bocquillon a recherché les substances qui peuvent être incorporées aux gelées à la gélose. Parmi les substances solubles dans l'eau, il signale l'eau de chaux, le sous-acétate de plomb, le sel marin, le bicarbonate de soude, l'acide borique, le borax, les acides pyrogallique, tartrique et acétique, lactique, gallique, phénique, le chlorhydrate de cocaïne, la résorcine, l'alun, le sulfure de potassium, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'iode, l'iodure de potassium, la créosote, le salicylate de soude, l'ichtyol, les sulfates de zinc, de fer, de cuivre, le chloral, le chlorate de potasse, le nitrate d'argent, la teinture de cantharides, le perchlorure de fer, le tannin, le salol, l'antipyrine, le sublimé, le sulfate de quinine, les sels d'alcaloïdes, l'ergotine, les extraits aqueux. Parmi les substances insolubles dans l'eau qui se mêlent bien à la gelée, il signale le sous-nitrate de bismuth, le calomel, le turbith minéral, le biiodure de mercure, l'oxyde jaune, le dermatol, le mono-chlorophénol, le biiodure de mercure et iodure de potassium, le naphtol camphré, l'oxyde de zinc, le talc, le minium.

Les substances nuisibles à la gelée sont les acides salicylique, picrique, chrysophanique, le menthol, le thymol, l'iodol, l'airol, l'aristol, l'iodoforme, le rétinol, l'iode, le camphre, l'iodure de plomb, l'essence de Wintergreen, l'huile de cade, la poudre d'araroba, le benzo-naphtol, le naphtol, l'huile de foie de morue, le soufre sublimé ou précipité, l'essence de térébenthine.

L'addition de 10 p. 100 d'alcool permet de mêler à la gelée le camphre, le menthol, les acides chrysophanique et salicylique. L'addition de2 p. 100 de poudre de savon permet d'incorporer l'huile de cade.

Traitement du psoriasis et de l'eczéma par les scarifications.

M. Jacquet a traité avec succès par les scarifications 11 cas d'eczéma (3 eczémas lichénoïdes, 1 eczéma ancien et bilatéral de la région préauriculaire, 3 eczémas de la face chez l'adulte, 4 eczémas de la face chez l'enfant) et 2 cas de psoriasis ayant résisté depuis longtemps aux traite-

ments les plus rationnels. Il pratique les scarifications après décapage des surfaces malades au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre, scarifie suivant des lignes parallèles sans aucun quadrillage et laisse saigner *ad libitum*, entretenant même le saignement par des lotions à l'eau bouillie tiède. G. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séances de février 1898.

Fièvre typhoïde à forme rénale hématurique survenant dans le cours d'un purpura exanthématique récidivant.

M. L. Guinon rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans qui, au cours de sa 3e atteinte de purpura simple, sans autres manifestations que quelques douleurs vagues des membres, fut pris d'une fièvre typhoïde; la fièvre typhoïde débuta par une hématurie qui dura 2 jours, fut grave et s'accompagna d'une albuminurie abondante, de nouvelles poussées de purpura, et, au 21e jour, d'un exanthème morbilliforme généralisé. Il pense que le purpura (ou mieux sa cause) a préparé et produit l'hématurie et les accidents rénaux de la fièvre typhoïde et que celle-ci a aggravé le purpura et, d'exanthématique, l'a rendu hémorrhagique.

Maladie de Recklinghausen sans tumeurs fibromateuses.

M. G. Thibierge présente une femme de 36 ans, qui porte sur la presque totalité du tronc des taches pigmentaires de coloration café au lait, planes, non pileuses, de dimensions variables, ayant absolument les caractères des taches pigmentaires qu'on observe dans la neuro-fibromatose; de plus, la malade présente les troubles psychiques, qui se rencontrent dans cette affection. En aucun point de la surface cutanée on ne découvre de tumeurs, soit molluscoïdes, soit correspondant à un tronc ou un rameau nerveux. Le nom de neurofibromatose n'est donc pas applicable en pareil cas et le nom de maladie de Recklinghausen convient d'ailleurs mieux à cette affection dans laquelle les fibromes peuvent faire défaut et, lorsqu'ils existent, n'avoir aucune relation avec les nerfs.

Outre les taches pigmentaires, cette femme a une coloration diffuse, brun pâle du visage, qui est fréquente dans la maladie de Recklinghausen, bien que les descriptions classiques ne la mentionnent pas; cette coloration semble ici en relation avec l'urobilinhémie, car on trouve de l'urobiline dans l'urine et le sérum sanguin, à l'exclusion des pigments biliaires.

Enfin, il y a des troubles gastriques, liés à l'hyperacidité du suc gastrique.

Troubles vaso-moteurs à forme d'urticaire chez un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique à frigore.

M. Roques présente un malade, indemne de syphilis et de paludisme, atteint depuis 30 ans d'accès d'hémoglobinurie, survenant sous l'influence du froid. Une particularité remarquable chez cet homme est l'apparition d'un œdème coloré de la peau, analogue à une plaque d'urticaire, se

montrant sur la région du corps où l'on fait agir le froid ; cet œdème persiste pendant 2 heures environ et rappelle ce que l'on voit dans les cas de dermographisme. L'urticaire chez les hémoglobinuriques a été signalée dans quelques cas, sans qu'on y ait prêté grande attention. L'auteur n'a pu la provoquer par l'action du froid chez des sujets dermographiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 15 juillet 1897.

Sur la valeur du traitement d'épreuve dans le diagnostic des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques.

M. Augagneur pense qu'on doit administrer l'iodure de potassium dans tous les cas d'ulcérations cutanées où il existe le plus petit doute entre le diagnostic de syphilis et celui de tuberculose. Il a vu les ulcérations tuberculeuses s'amender considérablement sous l'influence du traitement ioduré, mais elles ne guérissent pas complètement. Il résulte de ces faits que le traitement ioduré ne permet de conclure à la syphilis que s'il a produit la guérison complète de l'ulcération ; d'autre part, on ne doit pas renoncer au traitement ioduré quand on a porté le diagnostic ferme d'ulcération tuberculeuse, à la fois parce qu'on peut se tromper et parce que, même dans le cas de tuberculose, on en retire toujours quelque bénéfice.

G. T.

SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 13 décembre 1896.

Trichophytie unguéale.

M. S. Mendes da Costa présente trois malades atteints d'onychomycose trichophytique. Un d'eux avait une plaque de trichophytie annulaire au poignet droit, un autre malade des cercles aux avant-bras, le troisième n'avait pas de trichophytie de la peau. Ni les ongles des pieds, ni le cuir chevelu n'étaient atteints. Ce dernier fait est la règle, puisque la trichophytie des ongles est causée par un champignon, comparable à la forme endo-ectothrix, tandis que cette forme est rare dans l'herpès tonsurant du cuir chevelu. La trichophytie de la peau étant souvent produite par les formes endo-ectothrix et ectothrix, on voit souvent coïncider la trichophytie des ongles avec celle de la peau.

L'orateur présente deux préparations microscopiques d'un ongle malade, l'un coloré suivant la méthode de Malcolm Morris, l'autre non coloré, mais chauffé dans la potasse caustique au 1/3.

Cliniquement le diagnostic de la trichophytie de l'ongle ne peut pas être parfaitement assuré. Souvent la recherche microscopique y est nécessaire, parfois même on ne peut formuler un jugement sûr que d'après les caractères de la culture.

Le meilleur traitement est l'élimination de la partie malade de l'ongle

par la lime, suivie de pansement des doigts malades avec une solution d'iode à 0,1 p. 100 et de protection par des doigtiers en caoutchouc.

Traitement de la pelade.

M. Richema rapporte qu'il a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la pelade avec des applications, répétées trois fois par semaine, d'acide lactique en solutions de 50 p. 100 à 100 p. 100.

Trichophytie peladoïde du cuir chevelu.

M. Mendes da Costa a observé deux cas d'herpès tonsurans du cuir chevelu ayant cliniquement une ressemblance parfaite avec l'alopecia arcata.

Séance du 16 mai 1897.

Urticaire pigmentée.

M. Selhorst présente un cas d'urticaire pigmentée.

A. V..., âgé de 9 ans, porte sur le visage, les mains, les jambes, le tronc, des papules et des plaques ortiées, en partie de forme circulaire. Cette éruption rappelle au premier abord une syphilide papuleuse étendue. Elle s'accompagne d'un prurit très violent. Il survient toujours de nouvelles éruptions. Les papules disparaissent en laissant une tache pigmentaire, de sorte que le corps entier est pour ainsi dire semé de taches pigmentaires et de papules de couleurs variées.

Le début de la maladie remonte à plusieurs années; l'éruption varie en violence et par moments disparaît presque entièrement.

M. Springt Landskroon pose la question de savoir si l'urticaire pigmentée et l'urticaire hémorrhagique sont des maladies différentes ou bien des formes d'urticaire ordinaire.

L'Assemblée, excepté le président, se prononce pour l'opinion première.

Traitement thyroïdien du psoriasis.

M. S. Mendes da Costa communique les résultats du traitement du psoriasis par la glande thyroïde. Après une brève énumération de la littérature suivent les histoires de onze cas de psoriasis traités avec les résultats suivants : un cas guéri, deux cas empirés, un cas resté sans changement, sept cas plus ou moins améliorés. L'auteur conclut de ses observations que : l'action de la glande thyroïde sur le psoriasis est peu accusée et n'est favorable que dans des cas de psoriasis à larges plaques. Il est utile pour le traitement de prescrire de la glande fraîche ou réduite en poudre; les autres préparations, comme l'iodothyrine, sont moins recommandables. Ce traitement expose à de grands dangers d'intoxication.

La discussion sur ce sujet fit aussi connaître comme l'opinion de l'assemblée que les préparations de la glande thyroïde n'ont que peu ou pas de valeur pour le traitement du psoriasis.

S. Mendes da Costa.

REVUES DES LIVRES

Therapie der Hautkrankheiten, par L. Leistikow. 1 vol. petit in-8°, Hambourg, 1897. Chez Leopold Voss.

Dans ces dernières années il a paru un nombre respectable d'ouvrages sur le traitement des maladies de la peau. Tous ont eu un succès très mérité, car il ne s'agissait pas de simples compilations, mais des résultats de l'expérience personnelle de dermatologistes distingués.

L'auteur du livre actuel, M. Leistikow, a été pendant de longues années l'assistant d'Unna et il s'est proposé de faire connaître dans un travail d'ensemble les méthodes de traitement de cet auteur. On sait qu'Unna est constamment à la recherche de nouveaux remèdes, et s'applique à perfectionner la technique du traitement des maladies de la peau et à faire concorder la théorie et la pratique.

Leistikow n'a pas adopté l'ordre alphabétique ; il a choisi une systématisation qui se relie étroitement au principe qu'Unna a suivi dans son histopathologie des maladies de la peau. Il a en effet trouvé que les indications thérapeutiques sont en général sous la dépendance directe des états histopathologiques et permettent par suite d'instituer un traitement systématique parallèle à ces états.

Unna dit dans sa préface que cet ouvrage est un premier essai qui laissera de côté la voie suivie jusqu'à présent d'une anthologie de recettes empiriques pour la remplacer par une thérapie explicative et théorique.

Ce livre représente, dans bien des chapitres où les connaissances pathologiques sont encore des plus restreintes, un manuel de recettes, en raison de sa tendance à l'impartialité et de la nécessité pour un livre de ce genre d'être complet. Cela d'ailleurs est inévitable si on ne veut pas se borner à indiquer les méthodes déjà suffisamment élucidées, mais encore toutes celles reconnues efficaces.

Il est impossible d'entrer dans les détails d'un ouvrage de ce genre. Dans la partie générale l'auteur s'occupe en premier lieu du traitement local, des différents remèdes, de leur action chimique et physique sur la peau, de leur mode d'application et ensuite du traitement général. La partie spéciale est consacrée au traitement des différentes maladies de la peau.

Ce livre contient de nombreuses formules qui seront certainement bien accueillies des dermatologistes et des médecins. A. Doyon.

Étude sur la lèpre en Algérie et plus spécialement à Alger, par Gémy et L. Raynaud. 1 vol. in-8° de 103 pages, avec 21 planches. Alger, 1897.

Les auteurs ont réuni dans cette brochure leur communication au Congrès de Berlin sur la lèpre en Algérie, le rapport qu'ils ont remis au gouverneur général sur sa prophylaxie en Algérie, un résumé succinct de la symptomatologie de la lèpre et un questionnaire qu'ils ont adressé aux

médecins algériens au sujet de cette maladie. On jugera de l'importance que cette question a pour l'Algérie et de l'opportunité avec laquelle MM. Gémy et Raynaud ont appelé sur elle l'attention des pouvoirs publics par les chiffres suivants : les auteurs ont recueilli en Algérie 58 observations de lèpre, 31 chez des Européens (24 Espagnols, 1 Maltais, 4 Français, 2 Italiens) et 27 chez des indigènes (8 israélites, 19 musulmans). Au point de vue de la prophylaxie, ils demandent une surveillance médicale effective des étrangers qui immigrent en Algérie, l'expulsion de ceux qui sont atteints de lèpre à leur arrivée; pour ceux déjà établis dans le pays, à défaut de l'hospitalisation, les soins réguliers, la désinfection des logements et l'isolement ; en outre, les médecins seraient engagés à étudier les lépreux hospitalisés pour se familiariser avec les caractères de la maladie, et à signaler au médecin chargé du service de la lèpre les lépreux qu'ils reconnaîtraient.

G. T.

L'eczéma, maladie parasitaire, par LEREDDE. 1 fascicule de l'Œuvre médico-chirurgicale. Brochure de 40 pages. Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1898.

Cette monographie appartient à la collection dirigée par M. Critzman, qui se propose de consacrer à toutes les questions médicales d'actualité une étude suffisante pour les mettre au point.

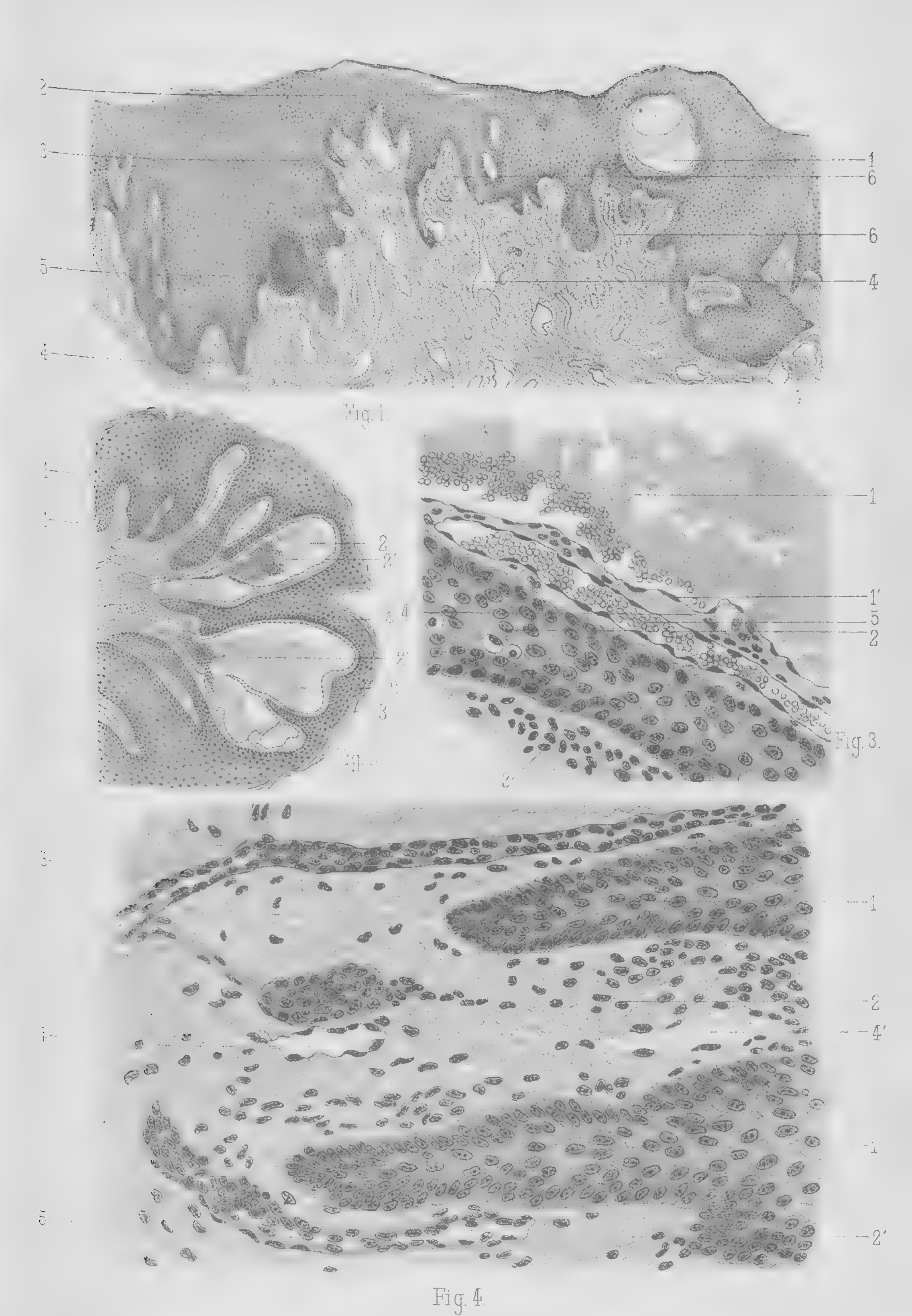
Il faut louer M. Leredde d'avoir su condenser dans le nombre relativement restreint de pages accordé aux auteurs de cette collection les notions précises et complètes sur la nature, la pathogénie, les symptômes et le traitement des eczémas. A quiconque a eu à écrire un chapitre sur la pathologie des eczémas, cette tâche paraîtra méritoire.

Le titre même de la monographie indique dans quel esprit elle est écrite. L'auteur admet l'origine parasitaire externe de l'eczéma, quelles que soient sa forme clinique et son évolution. C'est là une question des plus controversables, les preuves bactériologiques à l'appui n'ont été apportées qu'en bien petit nombre et n'ont été l'objet que de recherches de contrôle trop insuffisantes pour pouvoir être admises comme démonstratives. Aussi quelles grandes que soient les probabilités en faveur de cette théorie et de son absolue généralisation, il est regrettable que l'auteur n'ait pas apporté à son appui l'exposé ou l'indication des faits personnels ou nouveaux, ou tout au moins souligné avec plus de précision le fort et le faible de la doctrine microbienne de l'eczéma et de ses bases expérimentales. La portée de sa monographie, qui heurtera, certes, la quiétude théorique du grand public médical à l'initiation duquel elle est surtout destinée, y aurait gagné. Malgré cette critique, je me plais à reconnaître le réel mérite de cette très claire et très complète monographie.

G. T.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



[illegible] del. Masson & Cie, Editeurs. Karmanski lith.

Impies Lemercier, Paris.



TRAVAUX ORIGINAUX

TUMEURS CUTANÉES D'ORIGINE INCONNUE

Par M. L. Perrin.

L'étude des tumeurs en général est parfois hérissée des plus grandes difficultés ; en ce qui concerne les tumeurs de la peau, la dermatologie contemporaine a su distraire de ce groupe des altérations inconnues toute une série d'espèces pathologiques aujourd'hui classées et scientifiquement dénommées. Il en reste pourtant encore un assez grand nombre à déterminer, mais la voie est aujourd'hui tracée et l'on peut y marcher sûrement : décrire avec le plus grand soin les caractères objectifs des tumeurs inconnues, les représenter par le dessin ou le moulage, en faire l'anatomie vivante (examen biopsique ou biopsie selon l'expression créée par M. Ernest Besnier) ; tels sont les principes qui ont guidé notre cher Maître dans l'étude de divers néoplasmes cutanés qui ont pu anatomiquement et cliniquement être précisés pour ainsi dire d'emblée.

Certaines lésions, quoique étudiées suivant cette méthode, restent cependant d'une interprétation difficile et d'origine inconnue, et ne peuvent être toujours classées dans un groupe morbide connu ou nouveau. Le cas que nous rapportons en est un nouvel exemple : malgré l'observation attentive que nous avons pu faire du malade, malgré l'examen histologique des tumeurs récentes et anciennes que nous a donné M. Pilliet, les lésions présentées par ce malade n'ont pu recevoir une étiquette précise, une dénomination propre. Cliniquement, il s'agit d'un homme de 27 ans, atteint d'un certain nombre de tumeurs confluentes sur la face et le cuir chevelu, discrètes sur les membres, qui depuis quatre ans et demi ne cessent d'apparaître. Dès leur apparition ce sont des infiltrats dermiques plus ou moins saillants, plus ou moins volumineux, d'un rouge brunâtre, qui s'affaissent progressivement et finissent par disparaître, en laissant à leur suite des plaques blanc bleuâtre au niveau desquelles le derme paraît atrophié et l'épiderme aminci et comme boursouflé. Qu'elles soient récentes ou anciennes, ces productions morbides restent indolores et ne sont le siège d'aucun phénomène subjectif. Histologiquement ce sont des lésions inflammatoires surtout périglandulaires dont l'origine reste inconnue.

Voici d'ailleurs l'observation et l'examen histologique des tumeurs.

X..., âgé de 27 ans, boulanger, né à Briançon, vient nous consulter à notre policlinique dermato-syphiligraphique le 1er mars 1898 pour des tumeurs cutanées siégeant à la face, dans le cuir chevelu et sur les membres.

C'est un homme robuste, un peu pâle seulement comme les ouvriers boulangers qui travaillent la nuit; il n'a jamais été malade sérieusement; il n'a eu qu'une blennorrhagie il y a un an et demi, qui a duré six semaines. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Il a toujours habité Briançon ou Marseille; il a fait son service militaire dans les chasseurs alpins.

C'est le troisième fils d'une famille de cinq enfants; ses frères et sa sœur sont très bien portants. Son père est vivant, il est âgé de 60 ans et très robuste; sa mère est morte il y a un an d'un cancer du sein.

Début de l'affection. — L'affection pour laquelle X... vient consulter, a débuté il y a *quatre ans et demi*, en octobre 1893, alors qu'il était à la fin de son service militaire. A cette époque il a vu apparaître une saillie circonscrite rouge sur la joue gauche ; peu après, d'autres semblables plus ou moins volumineuses se sont montrées sur le front, le lobule de l'oreille, et continuent à se produire depuis quatre ans et demi sur diverses parties de la face et des membres. A la face, elles siègent aujourd'hui sur les joues où elles sont nombreuses, sur le nez, dans le cuir chevelu, sur les membres supérieurs à la région deltoïdienne, sur la cuisse droite, enfin sur les jambes à leur partie antérieure.

Ces diverses tumeurs présentent les caractères suivants :

Celle qui a apparu la première, siège sur la joue gauche à deux centimètres au-dessous de la paupière inférieure et à un centimètre et demi de la face latérale du nez et à une distance à peu près égale au-dessus de la narine gauche. Cette tumeur a les dimensions d'une pièce de un franc, elle n'est pas nettement arrondie, et a plutôt l'aspect d'une plaque ovalaire, qui fait une petite saillie au-dessus des téguments, elle paraît légèrement déprimée à son centre. Quand on la saisit entre les doigts elle a la consistance d'une plaque épaissie, indurée. Sa coloration est d'un brun rougeâtre, ne disparaissant pas entièrement sous la pression du doigt, ce sont surtout quatre ou cinq points rouge vif qui persistent; quand on se place à une certaine distance du malade, on croirait à une ecchymose récente avec infiltration sanguine assez intense. Le malade n'accuse aucune douleur spontanée ou à la pression, il n'y a pas de desquamation, la peau est lisse et tendue.

La seconde plaque qui a été constatée, siège sur le front à un centimètre au-dessus de la partie interne du sourcil droit; elle paraît être constituée par deux saillies juxtaposées quand les téguments du front se plissent dans le sens transversal. Quand le muscle frontal ne se contracte pas c'est une large plaque infiltrée, saillante et dure ayant comme dimensions deux centimètres et demi dans son plus grand diamètre qui est transversal ou plutôt oblique de la partie interne du sourcil à la partie médiane du front ; dans le sens vertical elle a une étendue de un centimètre et demi. Elle fait une saillie de deux à trois millimètres, sa consistance est dure, résistante ; sa coloration est, comme celle de la tumeur de la joue, d'un brun rougeâtre, ne disparaissant pas complètement sous la pression du doigt ; à sa surface la peau ne paraît pas modifiée, sauf au point de vue de la coloration.

Au-dessus de cette tumeur existe sur la partie médiane du front, à deux centimètres et demi de la lisière du cuir chevelu, une autre plaque au moins aussi étendue que celles qui viennent d'être décrites, mais en

différant entièrement par la consistance et la coloration. Elle est saillante au-dessus des parties voisines, mais c'est une saillie mollasse, sans que pour cela le doigt laisse une empreinte sur elle. Sa saillie est plus marquée dans son tiers inférieur que sur ses deux tiers supérieurs, on a l'impression d'une surface de peau épaissie qui ne serait plus adhérente aux parties sous-jacentes. Sa coloration au lieu d'être rougeâtre est blanc bleuâtre, mauve, dans son tiers inférieur et paraît plus pâle, presque blanchâtre dans ses deux tiers supérieurs. Ses dimensions sont de deux centimètres verticalement et de un centimètre et demi transversalement. D'après le malade, cette tumeur aurait eu à son apparition les mêmes caractères de dureté, de saillie et de couleur rouge sombre que celles de la joue et du front qui ont été mentionnées; et ce n'est qu'insensiblement qu'elle a pris la consistance et la décoloration que l'on constate aujourd'hui.

Immédiatement au-dessus de cette plaque du front, on en voit une plus petite, en contact avec elle, nettement arrondie et ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 20 centimes, paraissant légèrement déprimée et d'une couleur blanc bleuâtre, mais plus pâle encore que la plaque immédiatement au-dessous.

Sur la moitié droite du front, à la lisière du cuir chevelu et au niveau de la région temporale du côté droit existent une dizaine de plaques, circulaires, petites, variant de la grosseur d'un pois à une pièce de 20 centimes, à peine saillantes, quelques-unes rouges (les dernières parues), mais le plus grand nombre paraissant légèrement déprimées, comme si la peau s'était atrophiée à leur niveau, celles-ci ont une coloration mauve ou blanc bleuâtre, presque décolorée, mais tranchant nettement cependant sur la peau saine autant par leurs formes arrondies que par leur couleur.

Sur la joue droite, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur et dans la région préauriculaire, 4 ou 5 plaques semblables à celles du front au niveau desquelles, suivant leur couleur rouge ou blanc bleuâtre, la peau est indurée ou pour ainsi dire atrophiée.

Sur la partie gauche du front, sur la joue de ce côté, on voit une dizaine de plaques présentant les mêmes caractères et toutes de petites dimensions, sauf une qui siège au-dessous de l'os malaire qui est ovalaire à grand diamètre vertical; elle a les dimensions d'une pièce de un franc, elle est brun rougeâtre, disparaissant par la pression, sauf au centre où persiste un point rouge vif; elle est indurée et fait une petite saillie sur la peau.

A l'angle du maxillaire inférieur du côté gauche ainsi qu'à la région préauriculaire et sur le nez au niveau de la partie moyenne de la face dorsale du côté droit, existent les plaques les plus récentes, apparues depuis deux ou trois mois, elles sont rouges, la partie centrale étant toujours d'un rouge plus ardent, elles ont de petites dimensions, la grosseur d'un pois environ, peu saillantes, présentant un infiltrat circonscrit.

Sur la lèvre inférieure, près du bord cutanéo-muqueux, petite tumeur grosse comme un pois, indurée, recouverte d'une croûte noirâtre. En dehors de la face, on trouve des tumeurs sur le cuir chevelu, mais qui n'ont pas produit d'alopécie, elles sont petites, arrondies, d'une coloration blanc bleuâtre, elles sont en grand nombre, une trentaine, elles ne font pas de saillie, c'est leur coloration et leur forme nettement circulaire qui les font découvrir.

Au niveau du lobule de l'oreille droite à sa face externe, existe une tumeur circonscrite, grosse comme une petite noisette, dure, d'une coloration rouge violacé comme une engelure; à sa surface on voit un petit vaisseau sanguin présentant des ramifications très fines parcourant la tumeur de dedans en dehors; on le constate à travers la peau, mais il paraît encore plus nettement lorsque par la compression du lobule la coloration rouge sombre s'efface en partie.

Sur les membres supérieurs et inférieurs les tumeurs sont en petit nombre. Sur les bras au niveau des régions deltoïdiennes, à gauche au-dessus et en dehors des cicatrices de la vaccination, à droite au-dessous de ces cicatrices, on voit une seule plaque de chaque côté, circulaire, de la dimension d'un pois, d'une coloration blanc bleuâtre pâle, mais nettement différente de la couleur blanche laissée par les pustules vaccinales. La peau au niveau de ces petites plaques est atrophiée, il semble que l'épiderme seul existe et que le derme ait disparu; elle fait une légère saillie, elle est lisse, amincie, boursouflée, on la déprime facilement.

On retrouve sur les jambes, au niveau de la partie antérieure et moyenne des tibias, quatre à cinq plaques semblables, mais la peau à leur niveau au lieu d'être saillante, est déprimée, elle n'a pourtant pas l'apparence d'une cicatrice, elle est comme atrophiée. Sur la cuisse droite, à la partie moyenne de la face antérieure, on voit une plaque indurée, rouge brunâtre, apparue depuis quelques mois seulement.

Sur les autres parties des téguments on ne trouve aucune autre lésion.

Toutes ces productions morbides ont apparu insensiblement depuis le mois d'octobre 1893, d'abord une ou deux à la face (joue gauche et front), qui sont restées isolées pendant plusieurs mois, sans que le malade puisse préciser exactement. C'est en 1897, pendant l'été, au moment où le malade se fatiguait beaucoup, travaillait toute la nuit, dormait à peine quatre à cinq heures dans la journée, était mal nourri, que l'éruption a été surtout rapide et c'est de cette époque que datent les plaques du front, du cuir chevelu, de l'oreille.

Toutes ces plaques sont disposées irrégulièrement, sont indolores, il n'y a jamais eu de phénomènes subjectifs; il n'y a pas de troubles d'anesthésie, pas de desquamation ou d'ulcération à leur niveau; une seule sur la lèvre inférieure est recouverte d'une croûte, mais c'est le malade qui avec les dents a produit l'ulcération qui d'ailleurs ne s'est pas étendue. L'état général est excellent; tous les organes fonctionnent régulièrement; X... ne se plaint pas de son affection cutanée, il ne vient consulter que parce que les tumeurs de la face l'empêchent de se placer comme boulanger; on croit qu'il a une maladie contagieuse.

En présence des caractères objectifs que nous venons d'énumérer et en l'absence de tout antécédent morbide antérieur, le diagnostic était des plus difficiles. Nous avons pu éliminer une affection médicamenteuse; la maladie a débuté, alors que X... était encore au service militaire, il y a plus de quatre ans, il ne prenait aucun médicament, et depuis cette époque, un seul traitement à l'arséniate de soude a été suivi il y a deux ans ; mais jamais le malade n'a pris ni iodure ni bromure. La syphilis comme la tuberculose peut produire des gommes

dermiques et hypodermiques mais leur évolution diffère totalement de celle que présentent les infiltrats du malade, aboutissant à une sorte d'atrophie de la peau. D'ailleurs, au point de vue de la syphilis pas plus que de la tuberculose, on ne trouve rien dans les antécédents personnels ou héréditaires.

La lèpre tuberculeuse peut donner à la face des nodosités rappelant celles du malade, mais celui-ci n'a jamais habité, lui pas plus que ses parents, une contrée où la lèpre est endémique, il est resté toujours à Briançon ou à Marseille.

La sarcomatose cutanée présente dans son évolution l'atrophie des tumeurs et une certaine ressemblance avec celle que nous avons signalée dans cette observation. Sa marche est souvent très longue, sans altération de l'état général; un cas que nous avons publié avec M. Leredde en est un exemple manifeste (1), mais les caractères cliniques présentés par ce malade n'étaient pas assez caractéristiques pour pouvoir permettre de porter le diagnostic de sarcome cutané.

En présence de ces incertitudes et de ces impossibilités, un examen biopsique des productions morbides s'imposait absolument. Le malade accepta notre proposition. Deux tumeurs furent enlevées, l'une sur le bras droit, où siégeait une des plus anciennes, qui était atrophiée; une autre, celle du front, de date récente et la plus volumineuse. L'excision pratiquée, une réunion immédiate des plaies fut facilement obtenue. Quant aux autres tumeurs, les plus saillantes sur la face et celle du lobule de l'oreille furent cautérisées profondément pendant la chloroformisation avec le thermocautère. Ces opérations pratiquées le 23 mars 1898 n'eurent aucune suite fâcheuse, les plaies se réunirent par première intention et les surfaces cautérisées étaient en voie de cicatrisation à peu près complète quinze jours après. Il reste aujourd'hui des cicatrices déprimées peu apparentes qui n'empêchent plus le malade d'être accepté comme ouvrier boulanger.

Étude histologique, par le Dr Pilliet.

1° *Tumeur du front:* un peu rouge à la surface. Coloration par l'hématoxyline éosinée.

En allant de la profondeur à la surface cutanée on rencontre d'abord un plan de muscles striés dont les fibres sont de petit volume; au-dessous et entre ces muscles se trouvent quelques vaisseaux sanguins entourés de gaines de cellules inflammatoires. Au-dessus du muscle se trouve le chorion et les pelotons profonds des glandes sudoripares, qui sont tous entourés d'une coque plus ou moins épaisse de cellules migratrices inflammatoires, ainsi que les petits amas adipeux qui circonscrivent généralement les glandes. Les artérioles de cette région sont très épaissies et extrêmement scléreuses; on en rencontre qui sont presque complètement oblité-

(1) Sarcome généralisé idiopathique à cellules géantes. *Annales de derm.*, 1895, p. 1038.

rées, comme dans la lèpre ; mais il n'existe en dehors de ces artérioles ni nodules spécifiques, ni cellules polynucléées. Il s'agit donc d'un processus inflammatoire chronique non lépreux. L'accumulation de cellules embryonnaires autour des culs-de-sac sudoripares dont les cellules petites et cubiques sont atrophiées au milieu du nouveau tissu, se poursuit, considérable, jusqu'à la surface épidermique, en suivant les canaux des glandes sudoripares.

Elle gagne par contact les canaux des glandes sébacées dont les culs-de-sac sont remplis de cellules non atrophiées, mais proliférées au con-



Coupe de la peau du front. — Accumulations de cellules embryonnaires faisant des traînées irrégulières autour des culs-de-sac des glandes sudoripares et sébacées et de leurs conduits. Infiltration diffuse dans le derme. (Préparation de Pilliet.)

traire et dont un certain nombre sont envahies et coiffées par l'inflammation périphérique.

Dans le chorion et dans le derme les traînées embryonnaires ne se limitent pas aux canaux excréteurs, elles envahissent aussi les lymphatiques et dessinent ainsi un réseau inflammatoire à larges travées anastomosées, circonscrivant des îlots de tissu fibreux. Le plan papillaire du derme est à peine marqué, l'épiderme est très mince.

2° *Tumeur du bras.* — Les lésions sur cette pièce sont infiniment moins marquées, et surtout moins aiguës. Les glandes sudoripares sont tout à fait réduites, elles ne sont plus que de petits pelotons de tubes atrophiés remplis de cellules cubiques indifférentes, avec quelques traînées de tissu inflammatoire autour d'eux. Les glandes sébacées sont également petites et atrophiées, le chorion est peu accusé, l'épiderme mince. Le derme et la partie sous-dermique sont fusionnés et transformés en tissu fibreux, reliquat de l'inflammation ancienne.

En résumé, il s'agit d'un processus inflammatoire localisé, curable, dont l'origine reste inconnue.

LA CEYSSATITE

Par M. **Veyrières**.

Les Allemands ont déjà conseillé l'emploi des terres fossiles pour remplacer les poudres végétales ou minérales, soit dans les soins de la peau, soit pour épaissir pommades, pâtes ou colles.

A un moment où je ne connaissais pas encore, je l'avoue, ces travaux, j'avais songé moi-même à proposer comme poudre absorbante une terre fossile dont on trouve plusieurs gisements aux environs du Puy-de-Dôme.

Celle dont j'ai l'honneur de vous présenter un échantillon vient du village de Ceyssat et c'est à cause de cette provenance qu'on a cru pouvoir lui imposer le nom de ceyssatite.

Cette terre est constituée presque exclusivement par des diatomées, algues microscopiques composées de frustules, articles ou cellules, à paroi siliceuse, striée ou grenue. Ces algues, qui se rencontrent encore actuellement dans certains cours d'eau de la région, ont été bien étudiées par le frère Héribaud, du pensionnat de Clermont-Ferrand. Il en décrit plusieurs variétés, dont les plus communes seraient dans la ceyssatite : les gomphonémées, les fragillaires et les navicules. Toutes ces variétés sont constituées de l'intérieur à l'extérieur par : 1° une membrane protoplasmique avec noyau; 2° une cellule membraneuse renfermant une substance analogue à la chlorophyle et qui contient le sesquioxyde de fer dont nous aurons à nous occuper plus loin; 3° la carapace siliceuse qui constitue notre terre fossile; 4° la partie externe, membraneuse, sécrétion de l'organisme, sorte d'enduit muqueux qui permet à ces cryptogames d'adhérer les uns aux autres de manière à former des filaments simples ou rameux, isolés ou groupés, ou de se fixer aux plantes aquatiques.

La ceyssatite est une terre blanche, très légère, absorbant une grande quantité d'eau, onctueuse au toucher, adhérant bien à la peau, si facile à pulvériser qu'il suffit pour cela de la frotter sur un tamis de soie. Sur le tamis restent les impuretés constituées exclusivement par les radicelles des plantes qui poussent dans la couche supérieure du terrain.

Sortant de la carrière, la ceyssatite renferme, nous venons de le dire, une grande quantité d'eau; il est nécessaire de la dessécher. Mais cette dessiccation est facile à obtenir, puisque notre produit peut être porté, sans qu'aucune de ses qualités physiques soit altérée, jusqu'à près de 300°. Là est même la grande supériorité de la ceyssatite sur beaucoup de poudres absorbantes, puisqu'on peut la stériliser par les hautes températures employées sans aucune précaution.

Au-dessus de 300° l'aspect du produit se modifie ; il devient peu à peu noir, puis rougeâtre, perd son onctuosité, devient grenu et dur

au toucher, mais conserve sa légèreté. A 1,600° la coloration rougeâtre tourne au bistre, mais sans qu'il y ait fusion, comme certains auteurs l'ont annoncé. Desséchée, la ceyssatite absorbe 80 p. 100 de son poids d'eau et prend alors l'aspect d'une pâte glaireuse, très douce au toucher ; calcinée, elle ne jouit plus des mêmes propriétés.

La coloration rougeâtre que prend la ceyssatite chauffée aux environs de 800° est due à la formation de sesquioxyde de fer ; et si vers 1,600° cette coloration diminue, c'est probablement qu'il s'est formé un silicate ou un aluminate de fer ; peut-être les deux à la fois.

Il est possible que la ceyssatite renferme une certaine quantité de matière organique ; mais il a été impossible d'y déceler la présence de gomme ou d'albumine. Elle est presque exclusivement composée de silice pure, légèrement hydratée, et pouvant s'emparer de l'humidité ambiante pour donner un produit gélatineux. Si portée aux très hautes températures elle perd cette propriété, c'est que privée alors de toutes ses molécules d'eau elle ne peut plus s'hydrater. Au lieu d'un hydrate ayant la formule $SiO<^{OH}_{OH}$ on a un anhydride ayant la formule SiO^2.

J'ai l'honneur de vous présenter un échantillon de ceyssatite brute, un de ceyssatite tamisée, un de ceyssatite calcinée, plus quelques préparations dont voici les formules :

1°	Ceyssatite	90
	Oxyde de zinc	10
2°	Ceyssatite	75
	Amidon	25
3°	Ceyssatite	50
	Sous-carbonate de fer	50
	Mélange stérilisé à 150°.	
4°	Ceyssatite	95
	Permanganate de potasse	2

Ici il est indispensable que la ceyssatite ait été portée vers 300° pour détruire les traces de matière organique qu'elle pourrait contenir.

La dernière préparation :

Silice gélatineuse	1
Glycérolé d'amidon	1

est peut-être la plus intéressante; malheureusement la préparation de la silice gélatineuse est assez difficile. Voici comment elle a été obtenue.

On met dans une capsule, de la ceyssatite calcinée et une solution concentrée de carbonate de soude additionnée d'un peu de soude caustique, et on chauffe même un peu plus longtemps qu'il est nécessaire pour une complète dessiccation. La silice est alors transformée en silicate de soude. On dissout à l'eau bouillante, on filtre, et on pré-

cipite la silice à l'état gélatineux par l'addition d'un peu d'acide chlorhydrique. On lave le précipité et on a enfin la silice neutre gélatineuse, moins agréable à la peau que la ceyssatite, mais supérieure je crois pour épaissir les pâtes.

Quoique plusieurs services m'aient été fort gracieusement et très libéralement ouverts, quoique j'aie trouvé en M. Brisson, interne en pharmacie, l'aide la plus précieuse, je vous porte, je le sais, une étude des plus incomplètes. Ce que je souhaite c'est qu'elle suffise pour engager de plus autorisés que moi à faire quelques essais.

Je ne crois pas que la ceyssatite doive détrôner toutes les poudres que nous avons l'habitude d'employer, mais il me semble que sa grande faculté d'absorption pour les liquides lui vaudra quelques applications spéciales.

Employée pour fixer des pommades, pure ou mélangée à de l'amidon ou à de l'oxyde de zinc, elle m'a semblé au moins l'égale de ces diverses poudres.

Employée dans le cas d'eczéma suintant, d'eczéma, des plis, elle a sur l'amidon l'avantage de ne pas risquer de fermenter.

Dans le pansement des plaques muqueuses du vagin ou de l'anus j'avais espéré un résultat brillant que je n'ai pas eu ; mais là encore la ceyssatite a paru réussir au moins aussi bien que l'oxyde de zinc.

Un seul vrai succès : chez un malade porteur de clous de Biskra et en traitement déjà depuis plusieurs semaines, l'amélioration a été immédiate, et la guérison complète très rapide du moment où on a employé le mélange de ceyssatite et de sous-carbonate de fer, alors que jusque-là aucun pansement n'avait réussi, pas même le pansement à la poudre de sous-carbonate de fer. C'est là une preuve de plus de l'action favorable des pansements absorbants sur les surfaces septiques.

Je pense que la ceyssatite, pure ou en mélange, sera la poudre de choix à employer dans les cas d'hyperhidrose ; et je destinais le mélange de ceyssatite et de permanganate de potasse au premier cas de bromidrose que je trouverais. Je n'ai pas eu l'occasion de faire l'expérience.

M. Hausser annonçait il y a quelque temps à l'Académie des sciences que les terres, surtout les terres d'infusoires, cuites un peu au-dessous de leur point de fusion, pouvaient former d'excellentes parois filtrantes et stérilisantes. Il suffisait de délayer ces poudres dans le liquide à stériliser et de verser sur un filtre quelconque pour obtenir un liquide privé de germes. J'ai voulu reproduire cette expérience avec la ceyssatite; mais, comme j'ai employé la poudre seulement desséchée, elle a de nouveau absorbé une grande quantité d'eau, s'est prise en masse gélatineuse, et rien n'a filtré, c'est une expérience à reprendre avec la ceyssatite calcinée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 MAI 1898

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatose suppurative d'origine probablement séborrhéique, par MM. HALLOPEAU et MICHAUT. (Discussion : MM. BROCQ, DU CASTEL, VÉRITÉ, HALLOPEAU, BESNIER.) — Lèpre anesthésique probablement autochtone, par M. GÉMY. (Discussion : M. EHLERS.) — Ulcère lépreux de la jambe, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BESNIER, BROCQ, JACQUET.) — Xeroderma pigmentosum de Kaposi, par M. COUILLARD. — Acné kéloïdienne de la nuque, par M. DANLOS. (Discussion : M. BESNIER.) — Érythème bulleux toxique, par MM. BAUDOUIN et EMERY. (Discussion : M. BESNIER.) — Sur un cas d'ichtyose vraie localisée et symétrique, par MM. HALLOPEAU et GUIBAL. — Un cas de syphilis héréditaire tardive, par M. MILIAN. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant; nature tuberculeuse de l'affection, par M. HAUSHALTER. — Syphilide achromique du cou, par MM. FOURNIER et HAURY. (Discussion : M DARIER.) — Eczéma généralisé consécutif à la résection des varices du membre inférieur gauche, par M. RENAULT. — Dermite professionnelle et syphilide psoriasiforme, par M. RENAULT. — Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive, par M. GÉMY. — Note sur l'histologie des scarifications et leur réparation, par MM. AUDRY et THÉVENIN. — La ceyssatite, par M. VEYRIÈRES. (Discussion : MM. DARIER, FRÉDET, VEYRIÈRES, VÉRITÉ.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatose suppurative d'origine probablement séborrhéique.

Par MM. HALLOPEAU et MICHAUT.

La maladie que nous avons fait connaître sous cette étiquette, dans la dernière séance, a continué à évoluer en présentant des particularités dignes d'être signalées ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le 19 avril, nous constatons que la grande majorité des boutons signalés sur les membres et le tronc, sinon tous, sont le siège, dans leur partie centrale, d'une pustulette à diverses phases de son évolution.

Dans beaucoup d'entre eux, on voit nettement la gouttelette de pus : *ses dimensions ne dépassent pas celles d'une tête d'épingle; sa saillie est nulle; elle est recouverte par une couche relativement épaisse d'épiderme; si l'on vient à gratter légèrement avec l'ongle la surface du bouton, il se desquame exclusivement dans*

sa partie médiane, exactement dans la partie qui correspond à la pustulette ; un petit nombre des boutons sont légèrement déprimés dans cette même partie; dans certains, l'exsudat ne se révèle que par une teinte plus claire, comme ambrée, de la partie centrale de l'élément, formant ainsi une tache identique par sa configuration à celles des pustulettes ; le grattage y amène la formation de la même squame miliaire correspondant exclusivement à cette tache centrale. Les boutons sont d'une consistance remarquablement ferme; leur relief atteint 2 millimètres et au delà; leur coloration est d'un rouge vif, leur forme ronde, leur sommet arrondi ou aplati, non acuminé; le plus souvent isolés, ils sont parfois agminés en groupes curvilignes; ils sont très abondants; à côté d'eux, on voit un grand nombre d'éléments plus petits, du volume de têtes d'épingles : ils représentent des pustulettes qui n'ont pas provoqué à leur pourtour le travail d'exsudation générateur des boutons plus volumineux; ils desquament de même par le grattage.

Au-dessus du pubis, on peut s'assurer que *chacun des boutons présente un poil dans sa partie centrale.*

Aux membres supérieurs, les boutons sont surtout abondants au pourtour des coudes; les pustulettes y sont confluentes; elles forment, dans leur ensemble, un large placard rappelant par sa distribution celle du psoriasis ; elles y sont apparentes dans son aire et à sa périphérie.

Dans les paumes des mains, les pustulettes sont nombreuses; peut-être y a-t-il en outre quelques petites vésicules de mêmes dimensions, mais le fait ne peut être établi en toute certitude; les pustulettes sont très abondantes sur la face palmaire des doigts.

Le visage ne présente plus l'aspect singulier qui a été signalé antérieurement : il est recouvert, dans sa totalité, de squames tapissant une surface d'un rouge vif.

Le 22, la desquamation de la face offre une disposition exactement inverse de celle qui frappait au début; alors, en effet, que sa partie médiane, à l'exception du lobule nasal, s'est presque entièrement dépouillée de ses squames, celles-ci sont épaisses et abondantes sur les parties latérales. De nouvelles pustulettes se sont développées sur les membres; *la lésion élémentaire est toujours une pustulette miliaire sans relief;* lorsqu'elle se dessèche, sa partie centrale devient spontanément le siège d'une squame miliaire semblable à celle dont le grattage amène la formation ; on peut le constater sur le moulage qu'en a fait M. Baretta; lors que l'on enlève les grandes squames qui se sont développées au niveau des plaques confluentes des coudes, on trouve au-dessous une surface rouge infiltrée, par places, de pus.

Les lésions se sont prononcées au niveau des extrémités digitales, la rougeurs y est généralisée et il s'en détache de nombreuses pustulettes ; aux dernières phalanges des pouces, l'épiderme s'est détaché et a laissé une surface d'un rouge vif qu'entoure un soulèvement épidermique dont le rayon atteint 8 millimètres.

Les squames continuent à être plus épaisses et à former, par places, de véritables croûtes dans les plis inguinaux.

De nouveaux éléments suppurés ont paru au pourtour des genoux ; il s'est également développé aux jambes des boutons avec pustulette et squame centrale.

Le 23, à côté des boutons décrits, qui présentent leur pustulette centrale sous forme d'une tache jaunâtre, et de ceux dans lesquels cet élément n'est plus représenté que par une dépression punctiforme, il en est d'autres où l'on voit une petite nappe purulente, à contours irréguliers, atteignant les dimensions d'une lentille; ils paraissent dus à la confluence de pustulettes miliaires.

Le 26, une partie des éléments continuent à desquamer spontanément dans leur partie centrale ; l'érythème s'étend ; il est actuellement presque généralisé aux membres supérieurs : il s'en détache des squames, minces, larges, foliacées; on distingue encore des exsudats purulents miliaires.

Aux mains, les boutons sont beaucoup moins saillants que sur le tronc et les membres ; l'érythème y est presque généralisé ; l'épiderme se détache en larges lambeaux sur la face palmaire de la plupart des phalanges.

L'éruption continue à devenir plus abondante au niveau des membres inférieurs ; elle y est constituée par les mêmes boutons qui ont été décrits sur le tronc ; la plupart d'entre eux présentent la pustulette centrale et, dans ceux où elle n'est pas apparente, on peut provoquer, par un léger grattage, la formation de la squame centrale miliaire. Dans le dos, l'éruption est devenue confluente, sauf sur les parties latérales des flancs : elle représente une grande nappe rouge formant une légère saillie au-dessus des parties voisines ; elle desquame en larges lambeaux ; on voit, sur son pourtour, les boutons avec pustulette. Le cuir chevelu présente un aspect semblable : on distingue au vertex, à l'occiput, et sur les parties latérales du crâne, des soulèvements comparables aux boutons du tronc, mais plus larges et à contours irréguliers ; les oreilles, dépouillées de leur épiderme et légèrement suintantes, présentent le même aspect que dans l'eczéma séborrhéique.

Il n'y a pour ainsi dire pas de prurit, sauf dans le dos ; les ganglions ne sont pas tuméfiés : on constate, à la pointe du cœur, un souffle systolique ; la malade s'alimente fort peu, elle n'ingère guère qu'un litre de lait par jour ; la fièvre est nulle ; les organes de la respiration sont indemnes.

Le 27, l'érythème et la desquamation en larges lambeaux s'étendent, particulièrement sur la partie antéro-supérieure du thorax et au niveau des membres supérieurs ; on retrouve cependant les papulo-pustulettes au pourtour des coudes.

Sur le tronc, les boutons deviennent un peu moins saillants et desquament, tantôt seulement dans leur partie centrale, correspondant à la pustulette, soit dans toute l'étendue de leur surface : *si l'on vient à détacher une de ces squames, on reconnaît que la surface rouge sous-jacente est creusée, dans sa partie médiane, d'une dépression semblable à celle que l'on observe souvent dans le lichen plan et, en examinant la face profonde de la squame détachée, on y voit un prolongement d'apparence comédonienne qui, en toute évidence, s'enfonçait dans cette dépression;* c'est là une particularité commune à tous les boutons.

Les pustulettes miliaires continuent à être plus abondantes au niveau des faces palmaires des mains, surtout aux doigts.

Le 29, le visage est presqu'entièrement débarrassé de ses squames : il est d'une rougeur moins vive et parsemé seulement de légers furfurs ; les papulo-pustulettes du tronc sont moins saillantes ; elles ont pris pour la plupart l'aspect lenticulaire.

Le 3 mai, les boutons du ventre continuent à s'affaisser, ils ne présentent plus la consistance ferme du début ; on distingue cependant encore, dans beaucoup d'entre eux, la squame miliaire centrale : l'érythème interstitiel s'est étendu. L'affaissement des boutons est moins prononcé au niveau des jambes, et ils y demeurent plus consistants ; dans ces boutons non en voie de régression, la squame ne présente pas son prolongement d'apparence comédonienne.

Le 4, les boutons abdominaux s'affaissent de plus en plus ; ils ne sont plus représentés que par des macules rondes recouvertes de squames relativement épaisses ; au niveau des membres supérieurs, on constate une large desquamation scarlatiniforme des paumes des mains : les deux dernières phalanges des index et les dernières seulement des autres doigts ont perdu leur feuillet épidermique desquamé ; des masses incomplètement kératinisées s'accumulent sous les ongles qui se décollent partiellement de bas en haut; les gros orteils desquament également sur leur face inférieure.

Le 7, l'érythrodermie qui, pendant longtemps, ne s'était étendue en nappes confluentes qu'au niveau de la tête, au-devant de la partie supérieure du thorax, dans le dos, et aux coudes, s'est, depuis peu de jours, étendue à presque toute la surface du corps ; elle s'accompagne partout de desquamation en lambeaux épais plus ou moins larges ; les saillies boutonneuses se sont partout effacées.

Si l'on gratte légèrement les parties simplement érythémateuses, on y détermine la formation de squames semblables à celles que l'on développait naguère par la même pratique au centre des boutons : elles sont nettement arrondies et du volume d'une tête d'épingle ; leur pourtour est plus coloré que les parties voisines ; la *rougeur érythémateuse n'est donc pas disposée en une nappe uniforme, mais formée par la confluence d'innombrables papules miliaires, actuellement rudimentaires,* lesquelles correspondent surtout aux orifices pilo-sébacés ; les ganglions inguinaux et rétro-maxillaires sont actuellement légèrement tuméfiés.

Le 10, l'érythème s'est étendu à presque toute la surface du corps; partout, il se fait une desquamation en larges lambeaux permettant un rapprochement avec le syndrome dit *herpétide exfoliatrice,* mais avec cette particularité que l'épiderme, dépouillé de son feuillet superficiel par cette desquamation, n'a plus qu'une très légère tendance à s'exfolier et que l'on n'y trouve plus que de légers furfurs ; il en est ainsi, par exemple, de la manière la plus évidente, au visage et au niveau de l'abdomen : la plus grande partie des squames représentant le feuillet superficiel de l'épiderme ont disparu ; c'est seulement à la partie inférieure de cette dernière région que l'exfoliation continue, sous forme de larges lambeaux ; de même, sur les membres supérieurs, il persiste seulement de la rougeur avec fines squames peu abondantes et une légère accentuation des plis de la peau ; cependant l'évolution active de la maladie n'est pas complètement terminée, car l'on voit, dans les paumes des mains, de nombreuses pustulettes miliaires non saillantes et parfois réunies en nappes dont l'une mesure plusieurs centimètres de diamètre ; le liquide que l'on en extrait par piqûre est nettement purulent ; dans la même région, l'épiderme se détache en larges squames ; l'épiderme des doigts s'est complètement renouvelé ; on

remarque sur leur face palmaire quelques légères saillies d'un rouge beaucoup plus vif; la desquamation est moins avancée sur les jambes et les pieds; on y voit encore de larges lambeaux.

Le 11, une partie des pustulettes de la main se sont desséchées. La rougeur a pâli au visage et sur le tronc; le dos, la région dorsale, la partie supérieure des cuisses sont presqu'entièrement desquamées; on n'y voit plus qu'une rougeur pâle avec de légers furfurs; il n'y a plus de larges squames épaisses qu'aux mains, aux jambes et aux pieds; il y a encore de larges squames sur la partie antéro-supérieure du thorax, mais elles sont très minces et paraissent correspondre aux légers furfurs des autres régions.

Les pieds et les mains sont, depuis hier, le siège d'une notable tuméfaction œdémateuse.

La malade accuse une sensation de prurit assez intense au niveau du dos.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; elles sont remarquablement pauvres en urée, car ce corps ne s'y trouve que dans la proportion de 13 gr. par litre, et la quantité de liquide excrétée chaque jour ne dépasse guère 900 gr. Ce fait s'explique par le peu d'aliments qu'ingère la malade; elle ne prend guère qu'un litre de lait chaque jour.

En raison du grand âge de la malade, nous n'avons pas cru devoir pratiquer de biopsie; nous avons seulement demandé à M. Laffitte de vouloir bien examiner, au point de vue histologique et bactériologique, le liquide des pustulettes : il y a trouvé des leucocytes polynucléaires abondants, intacts ou en voie de désintégration éosinophilique; il y a constaté *l'absence complète de microbes après traitement par les procédés usuels de coloration;* porté dans du bouillon et dans des tubes de gélose, ce pus est resté stérile après un séjour prolongé dans l'étuve à 36°.

D'autre part, notre interne en pharmacie M. Legrand, a pratiqué l'examen des squames du cuir chevelu au point de vue de leur richesse en matières grasses et il a reconnu qu'elle s'élevait à 42 p. 100; celles des membres en contiennent 8 p. 100.

M. Laffitte a également étudié au point de vue histologique les squames avec prolongement comédonien qui s'enfonçait dans les orifices pilo-sébacés : il les a trouvées constituées à leur périphérie par des cellules épidermiques et au centre par un détritus granuleux dans lequel aucun élément figuré n'était plus appréciable, mais qui représentait, en toute vidence, d'après les phénomènes cliniques indiqués précédemment, l'exsudat purulent desséché.

Si nous avons rapporté dans ses détails cette longue histoire, c'est qu'elle a trait, ainsi que nous l'avons dit dans notre précédente communication, à un type clinique à notre connaissance non encore décrit.

Il s'agit d'une maladie aiguë, à évolution cyclique.

Elle a débuté par la tête pour s'étendre graduellement au tronc et aux extrémités en passant successivement par les mêmes phases dans ces diverses régions.

Sa lésion élémentaire paraît avoir été constamment un exsudat

miliaire, accompagné d'érythème et plus tard de desquamation ; ces éléments ont été tout d'abord confluents au visage et à la partie antéro-supérieure du thorax et ils y ont rapidement déterminé une abondante exfoliation, d'abord limitée à la partie moyenne de la face, puis étendue à toute sa surface et enfin persistant pendant quelques jours exclusivement sur ses parties latérales, donnant lieu ainsi, par le contraste variant successivement de parties blanches et de parties rouges aux modifications les plus singulières de cette région.

Sur la limite de cette éruption diffuse, mais surtout sur les membres, la base du thorax et l'abdomen, l'exsudation a donné lieu à la formation de boutons dont beaucoup atteignent les dimensions d'un pois ; ils étaient isolés ou agminés en groupes ; leur consistance était d'une remarquable fermeté, leur couleur d'un rouge vif ; un examen attentif permettait de reconnaître, dans leur partie médiane, la présence d'un exsudat purulent se traduisant par une très petite tache du volume d'une tête d'épingle ; dans beaucoup d'entre eux, cette tache offrait un aspect nettement purulent, mais la gouttelette de pus ne formait aucun relief, elle siégeait profondément sous l'épiderme ; d'autres éléments présentaient seulement dans leur partie médiane une petite tache pâle ou légèrement ambrée ; si l'on venait à gratter légèrement leur surface, il se produisait, dans les uns et les autres, une squame miliaire, exactement arrondie et correspondant en toute évidence à cette extravasation centrale : la présence de celle-ci avait donc amené à distance un trouble dans la nutrition des cellules épidermiques superficielles.

Cette extravasation centrale s'est traduite dans quelques éléments, secondairement et après dessication, par une dépression centrale punctiforme.

Ces pustulettes, en raison de leur siège profond, se sont desséchées ; leur liquide s'est acheminé dans l'épiderme sans en atteindre la surface ; elles ne se sont donc pas ouvertes, mais l'épiderme a proliféré à leur pourtour et a formé ainsi les prolongements comédoniens de la squame qui s'est développée secondairement ; nous avons constaté, dans plusieurs de ces prolongements, la présence d'un poil follet.

A côté de ces boutons pisiformes, d'autres ne dépassaient pas le volume d'un grain de millet ; ils correspondaient à des extravasations non accompagnées de l'exsudat interstitiel périphérique qui donnait lieu à la formation des gros boutons.

Les relations de ces extravasations avec des poils indique qu'elles se sont produites partiellement au pourtour des orifices pilo-sébacés ; mais il est certain que cette localisation n'a pas été exclusive ; nous en avons pour témoin les lésions pustuleuses des surfaces palmaires et plantaires : elles montrent nettement que les orifices sudoripares ont été également le siège des lésions ; enfin les dystrophies unguéales

témoignent que les altérations n'ont pas été limitées aux conduits glandulaires et au pourtour de leurs orifices.

Les boutons se sont graduellement affaissés au point de n'être plus représentés, au bout de quinze à vingt jours, que par des macules squameuses.

De nombreux exsudats n'ont pas abouti à la formation de boutons mais se sont traduits seulement par des érythèmes qui ont envahi en nappes presque toute la surface du corps : dans ces nappes, *les exsudats initiaux restaient circonscrits; ils se révélaient par des taches plus foncées et surtout par la production, sous l'influence de grattages, de squames semblables à celles qui se produisaient par le même mécanisme au centre des boutons suppurés.*

La maladie a suivi une marche descendante, occupant successivement la tête, le thorax et les membres, d'abord dans leur partie supérieure, puis à leurs extrémités ; actuellement encore, il y a des éléments purulents dans les paumes des mains alors que le processus a rétrocédé au visage et sur la plus grande partie du tronc.

Sous l'influence de l'érythème généralisé terminal, il s'est développé, sur toute la surface du corps, une desquamation en larges lambeaux permettant de rapprocher cette dermatose de l'herpétide exfoliatrice; elle s'est produite graduellement dans les parties successivement intéressées : c'est ainsi qu'au visage, sur la grande partie du tronc et aux membres, la couche superficielle de l'épiderme s'est détachée alors que la desquamation se fait encore en larges lambeaux aux extrémités en même temps qu'il y persiste des exsudats purulents.

Les squames n'ont pas de tendance à se reproduire dans les parties exfoliées; on n'y voit que de légers et minces furfurs; il semble donc que nous soyions au déclin de la maladie; *mais nous ne saurons qu'ultérieurement si nous assistons seulement à la fin d'une première poussée ou à la cessation définitive des phénomènes éruptifs.*

Cette éruption a été peu prurigineuse; les adénopathies ne sont survenues que tardivement et elles ont été peu prononcées.

Si nous cherchons à nous expliquer la genèse des phénomènes observés, nous arrivons aux données suivants : sous une influence indéterminée (peut-être un exsudat de matières grasses viciées), il s'est développé, surtout au pourtour des orifices glandulaires, d'innombrables foyers d'exsudation cellulaire, qui ont formé ou non des gouttelettes de pus au centre de boutons indurés et volumineux, siégeant profondément ; ces exsudats se sont desséchés sans s'ouvrir, mais après avoir donné lieu à une altération de l'épiderme, laquelle s'est traduite par une desquamation, d'abord miliaire, limitée au centre de l'élément, correspondant exactement à l'extravasation centrale, tout à fait particulière et caractéristique, puis ultérieurement étendue à toute la surface de cet élément; le détritus formé par le pus, qui s'est

desséché après s'être acheminé vers la surface, s'est enveloppé d'une couche de cellules épidermiques proliférées sous forme de comédon; plus tard, l'exfoliation s'est généralisée, et toute la couche superficielle de l'épiderme s'est successivement détachée dans les différentes parties du corps sous forme de larges lambeaux.

Nous sommes donc en droit de dire que cette dermatose a présenté une marche aiguë et une évolution cyclique.

L'absence de microbes pyogènes montre que nous n'avons pas affaire à une pyémie banale: s'agit-il de toxines liées à la présence d'un microbe qui ne se révèle pas par les procédés usuels de coloration ou engendrées par l'organisme? nous l'ignorons, cependant l'absence complète de phénomènes locaux d'auto-inoculation plaide en faveur de la dernière interprétation. D'autre part, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre première communication sur cette dermatite, on ne peut méconnaître que divers faits peuvent être invoqués en faveur d'une origine séborrhéique : en effet, la malade nous a dit qu'elle avait depuis longtemps des pellicules dans les cheveux; l'aspect des lésions du cuir chevelu est identique à celui que l'on observe dans les cas d'eczémas séborrhéiques intenses de cette région; les glandes pilo-sébacées forment un des principaux terrains d'élection de la dermatose; enfin les squames du cuir chevelu contiennent 42 p. 100, et celles du corps 8 p. 100 de matières grasses; nous devons dire cependant que M. Laffitte y a cherché en vain le fin bacille d'Unna et Sabouraud.

Nous ne connaissons, dans la littérature médicale, aucun fait semblable; il est inutile d'insister sur la différence qui sépare ce cas des psoriasis les plus atypiques.

Nous avons, à plusieurs reprises, signalé, chez les séborrhéiques, l'existence de folliculites suppuratives : elles diffèrent essentiellement des suppurations observées chez notre malade : ce sont en effet des boutons acuminés, superficiels, dans lesquels le pus vient se concréter sous la forme de croûtelles ; ces éléments sont localisés à certaines régions, ils se reproduisent indéfiniment, ils ne s'accompagnent pas d'érythrodermie généralisée.

Nous espérons pouvoir indiquer dans la prochaine séance la suite de cette observation.

M. Brocq. — Il est difficile de poser ici actuellement un diagnostic précis. Cette affection aurait pu autrefois être rangée dans le groupe des psoriasis aigus ; mais aujourd'hui on ne peut pas dire qu'il s'agit d'un psoriasis. L'éruption actuelle ressemble aux érythrodermies dues soit à une auto-intoxication, soit à l'application de substances irritantes. Je ne crois pas en tout cas qu'il s'agisse d'une dermatite exfoliatrice généralisée, cela ressemble plutôt à la desquamation des érythèmes scarlatiniformes.

M. Du Castel. — Quand j'ai vu cette affection au début, elle était vésiculeuse; les éléments renfermaient un liquide un peu louche qui était à mon avis de la sérosité trouble plutôt que du pus vrai. Cet élément liquide a disparu aujourd'hui, mais je pense que cette éruption doit néanmoins être classée dans les affections humides.

M. Vérité. — Jadis on eût affirmé que c'était une herpétide exfoliatrice, mais ce n'est pas la lésion initiale. Il y a ici des altérations unguéales qui se rapprochent de celles de l'eczéma; aussi je pense que c'est une herpétide exfoliatrice consécutive à un eczéma séborrhéique.

M. Hallopeau. — Cette affection n'a certainement rien de commun avec le psoriasis. Je répète qu'elle était constituée au début par des saillies offrant un exsudat purulent à leur centre. J'insiste sur ce fait singulier que les saillies desquamaient uniquement dans leur partie centrale, comme je l'ai constaté à plusieurs reprises. L'exsudation se produisait dans la partie superficielle du derme et surtout au niveau des orifices pilo-sébacés, puis elle se desséchait sur place en donnant lieu à une prolifération épidermique. La généralisation de la desquamation est due à la confluence de ces éléments. Je pense que l'extravasation intra-dermique est d'origine toxinique en raison de l'absence de microbes pyogènes dans son intérieur. Je ferai remarquer, en terminant, à M. du Castel, que le contenu des saillies était bien du pus et non de la sérosité.

M. Brocq. — Les observations que vient de faire M. Hallopeau sur le mode de début de l'affection sont très intéressantes. A ce propos je rappellerai qu'il y a, parmi les dermatoses vulgaires de la face, surtout chez les femmes, des lésions encore mal connues et qu'on rapporte ordinairement à la couperose bien qu'elles soient différentes de l'acné couperosique; or ces lésions sont constituées par des éléments purulents reposant sur une base érythémateuse, et mes élèves ont constaté que ces éléments sont parfois amicrobiens. Il y a donc, même dans les dermatoses vulgaires, des éléments purulents amicrobiens éphémères.

M. Du Castel. — Je demande à M. Hallopeau pour quels motifs il affirme que l'extravasation était purulente; car j'avoue ne pas savoir déterminer par l'examen à l'œil nu où finit exactement la vésicule et où commence la pustule, et les procédés histologiques n'ont pas encore fourni pour les cas limitrophes un moyen sûr de faire cette distinction à l'aide du microscope.

M. Hallopeau. — C'est une pustule, quand le liquide est opaque et renferme de nombreux globules blancs.

M. Besnier. — Cette malade est séborrhéique, comme le dénotent l'état du nez et du cuir chevelu, et les lésions unguéales, et son affection me paraît devoir être rangée dans le groupe des dermatoses séborrhéiques.

La remarque que vient de faire M. Du Castel montre bien la difficulté qu'on a parfois à classer les éléments pathologiques des maladies cutanées.

M. Brocq. — Je crois qu'il faut conserver les termes de vésicule, pustule, et vésico-pustule ; ils répondent à des aspects objectifs indiscutables.

M. Besnier. — Il n'en est pas moins légitime de demander aux histologiques de préciser davantage nos connaissances sur les éléments pathologiques.

Lèpre anesthésique probablement autochtone.

Par M. Gémy.

Dans un travail que nous avons publié dernièrement, M. le Dr Raynaud et moi, et dont les conclusions ont été communiquées à la Conférence de la lèpre tenue à Berlin en octobre 1897, nous établissions qu'un foyer lépreux d'une certaine importance était en voie de formation à Alger.

Ces conclusions reposaient sur un certain nombre d'observations, recueillies pour la plupart à Alger, dont quelques-unes concernaient des indigènes israélites et musulmans et le plus grand nombre des Espagnols provenant des provinces de Valence et d'Alicante.

Le cas que je vais rapporter, observé depuis cette époque, vient confirmer cette opinion qui pouvait paraître un peu pessimiste.

En juin 1897, M. Ber... venait me consulter pour un placard infiltré, d'un rouge vineux, desquamant légèrement et occupant presque toute la face dorsale de la main droite. L'apparition de cette tache remonte à 5 ou 6 mois. Mais il y a un an, un premier placard de la dimension d'une pièce de cinquante centimes s'était montré sur la cuisse gauche, bientôt suivi de deux autres placards, l'un sur la fesse du même côté, l'autre sur la jambe droite. Au moment de sa visite deux autres taches de la même dimension venaient d'apparaître sur la cuisse droite et la jambe gauche.

Ces placards, ai-je dit, desquamaient légèrement, n'étaient le siège d'aucune sensation particulière (on verra tout à l'heure pourquoi), ne le gênaient en rien et il se décidait à consulter parce qu'il lui semblait que toutes ces lésions tendaient à s'accroître.

L'aspect de ces placards, l'infiltration diffuse du derme, leur lente évolution, leurs bords nettement dessinés bien qu'irréguliers, leur desquamation me firent penser, malgré l'absence de cicatrices qui pouvaient n'avoir pas eu le temps de se développer, à un lupus érythémateux à manifestations multiples.

Je l'engageai, après lui avoir prescrit des cachets d'iodoforme et de l'emplâtre de Vigo, à venir me voir le mois suivant pour vérifier l'exactitude du diagnostic.

Je ne le revis plus qu'à la fin novembre 1897, c'est-à-dire six mois après.

Il avait commencé par ne rien faire du traitement que je lui avais pres-

crit et quelques mois après l'unique visite qu'il m'avait faite, il partait pour Berne rejoindre sa femme qui avait passé l'été en Suisse.

Quelque temps après son arrivée dans cette ville et sur les conseils de ses amis, il entra à policlinique du professeur Jadassohn qui voulut bien m'adresser, à la date du 8 novembre, une lettre dont voici quelques extraits :

« Vous avez vu ce malade une fois, mais à ce moment le diagnostic n'était pas possible, tandis que maintenant il a une anesthésie et une tumeur du nerf cubital..... C'est pourquoi j'ai dû faire le diagnostic de lèpre. J'aifait quelques excisions, mais dans les premières coupes que j'ai examinées je n'ai pas trouvé de bacilles. On trouve des lésions comme M. Hodara les a décrites dans la lèpre nerveuse, surtout beaucoup de cellules géantes.

«.....Pendant le séjour du malade dans ma clinique, je lui ai donné de l'iodure de potassium pour voir si on peut découvrir des bacilles dans le sang, mais sans résultat. Je ne les ai pas rencontrés dans les sécrétions du nez (comme M. Sticker), etc. »

J'avoue que je fus très surpris de ce diagnostic auquel j'avais été loin de penser, et qui n'était cependant que trop exact, ainsi qu'on va le voir.

Les placards que j'ai décrits sont complètement anesthésiques ; cette anesthésie est si complète que les cautérisations au galvano, les biopsies pratiquées aussi bien dans l'épaisseur des infiltrats que sur les nerfs sous-jacents, les piqûres ne font éprouver au malade aucune sensation. Mais la sensibilité reparaît, dans toute son intégrité, à leur limite même. Pas d'anesthésie, ailleurs que sur les points où ils se sont développés.

Le cubital droit présente une nodosité assez volumineuse, légèrement sensible à la pression et toute la région innervée par ce nerf a commencé à s'engourdir depuis un ou deux mois. Le malade ne peut plus se servir de sa main droite avec la même énergie qu'il le faisait il y a quelque temps ce qui le gêne dans sa profession de boucher.

Il y a de l'alopécie sourcilière complète à la partie externe, la chevelure est fournie. Pas d'asymétrie de la face, il n'a jamais eu d'épistaxis ni de catarrhe nasal, réflexes rotuliens diminués, pas d'atrophie des éminences ni des interosseux. Les deux membres supérieurs ont le même volume.

Sa famille est israélite alsacienne. Il est né à Soultzmatt (Alsace) en 1863, où il est resté chez ses parents jusqu'en 1874, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 11 ans. De là il est resté dix-huit mois au collège de Belfort et un an à Lunéville. Il est alors entré dans une maison d'étoffes à Rambervillers jusqu'en 1881, époque à laquelle il est venu à Alger pour y exercer la profession de boucher.

Sa mère vit encore et a un cancroïde qui a enlevé l'aile du nez mais qui, depuis plus de vingt ans, n'a pas fait de progrès ;

Son père est mort d'une pleurésie ;

Un frère est mort phtisique à Alger ;

Il lui reste un autre frère, qui est marié et a des enfants bien portants ; ce frère habite Alger et est son associé.

Deux sœurs, sont toutes deux mariées : l'une habite les environs de Paris et a 7 enfants, l'autre à la Chaux-de-Fonds n'en a pas.

Lui-même est marié depuis cinq ans. Il a eu trois enfants dont deux sont vivants, bien portants et ont 4 et 3 ans ; le troisième est mort il y a un an de broncho-pneumonie.

Il a habité plusieurs quartiers généralement malsains. Son étal de boucher est placé au centre d'Alger où se trouvent agglomérés tous les marchands de denrées alimentaires. Ce quartier est réputé comme étant le plus infect, le plus malpropre de la capitale algérienne. Or, avant son mariage il a habité pendant un an l'entresol de son magasin, entresol qui réunit les pires conditions hygiéniques. De plus, dans cette même maison, assez vaste il est vrai, se trouvait une lépreuse espagnole qui pendant sept ans a servi de domestique dans un ménage bourgeois qui y demeurait. Cette lépreuse qui fait le sujet de notre observation XVIII (lèpre à Alger) a presque toujours eu des lésions ouvertes sur les bras et sur les jambes jusqu'au moment de son entrée dans mon service en octobre 1897.

Plusieurs biopsies furent pratiquées sur les différents placards, le sang fut examiné un grand nombre de fois ainsi que la sérosité de petits vésicatoires placés et sur les placards et sur les trajets nerveux, de même les sécrétions du nez et malgré toutes ces recherches faites par mes jeunes collaborateurs, MM. les Drs H. Vérité et Murat qui ont une grande habitude de ces opérations, il a été impossible de constater la présence du bacille.

M. le Dr Dor, chef des travaux à la Faculté de Lyon, de passage à Alger, voulut bien exciser et examiner un névrome du volume d'un pois qui s'était développé depuis deux mois à l'extrémité du cubital droit au niveau du poignet, et malgré les plus minutieuses recherches, il ne put rien trouver.

Voici la note que le Dr Murat m'a remise sur le résultat de son examen histologique.

« Les biopsies ont été faites à la périphérie des lésions de façon à comprendre une partie de peau saine et une partie de peau altérée.

« Les pièces ont été fixées au sublimé acétique et au Flemming, puis incluses dans la paraffine.

« 1° La coupe passe par la partie saine (saine à l'examen clinique) : l'épiderme est normal ; le corps papillaire est légèrement tuméfié. Le derme, immédiatement sous l'épiderme, paraît normal aussi dans la plus grande partie de son étendue. Cependant autour des vaisseaux et des glandes on constate une infiltration embryonnaire qui constitue de véritables manchons. Les parois vasculaires sont notablement hypertrophiées. Le tissu sous-dermique est normal ; les glandes sont également normales. Il n'y a pas de bacille de Hansen.

« 2° La coupe passe par la partie malade :

« Les cellules du corps muqueux se colorent mal. Les couches superficielles de l'épiderme sont exfoliées, usées par place. En certains endroits les cellules du corps muqueux ou même de la couche basale existent seules. Dans le corps muqueux quelques rares amas embryonnaires. Dans ce même corps muqueux formations cavitaires à diverses phases d'évolution. Simple dilatation intercellulaire remplie de liquide séreux, puis

agrandissement de cet espace, tassement des cellules à la périphérie, la couche la plus interne prenant l'aspect corné. Puis la vésicule s'ouvre au dehors. Le liquide est séreux et ne contient pas de leucocytes. Par invagination de l'épiderme on trouve des formations semblables assez profondément dans le derme.

« Le derme est le siège d'une infiltration embryonnaire très considérable, diffuse, plus dense autour des vaisseaux. Ces derniers sont le siège d'endo et de périartérite ; leur lumière est parfois obstruée.

« L'infiltration s'arrête en haut à une petite distance de la couche basale ; en bas elle ne dépasse pas la couche des glandes mais constitue de véritables manchons autour de ces dernières.

« Cette infiltration est constituée par de petites cellules à noyaux ronds ; quelques plasmazellen ; pas de polynucléaires, non plus que dans les vaisseaux ; pas d'éosinophiles ; pas de cellules géantes.

« Les glandes sont normales, peut-être un peu tuméfiées cependant. Dans l'une d'elles j'ai trouvé des corpuscules colorables par la fuschine qui rappellent ceux signalés par Unna. Malgré des recherches minutieuses et nombreuses je n'ai pas trouvé de bacilles. »

D'un autre côté, le professeur Jadassohn, dans une lettre postérieure de quelques mois à la première, me dit avoir trouvé des bacilles, en petit nombre il est vrai, dans un bouton qu'il avait excisé sur le côté droit du cou de ce malade, bacilles qui se rencontrent dans toutes les préparations qu'il a faites de cette biopsie. Mais il ajoute que quelques auteurs qui ont vu ces préparations prétendent que ces bacilles sont ceux de la tuberculose, due à une infection secondaire.

Or, mon assistant M. le Dr H. Vérité a inoculé à ma demande, le 16 novembre 1897 deux cobayes adultes mâle et femelle avec du tissu pris sur le grand placard de la main droite, sous la peau de l'abdomen et dans l'aine. De leur accouplement sont nés deux petits cobayes le 25 mars 1898 et aujourd'hui, 6 mai, toute cette famille se porte parfaitement bien.

Voilà où en est actuellement la question histologique et bactériologique.

En résumé : au point de vue clinique le diagnostic de *lèpre* ne saurait être contesté.

Mais quelle serait l'origine de cette lèpre ?

Ce malade a vu ses premières lésions se développer il y a à peu près deux ans, c'est-à-dire en 1896. Il y avait à ce moment 14 ans qu'il habitait Alger. Toutes les localités qu'il a habitées depuis sa naissance sont indemnes de lèpre à ma connaissance du moins. D'un autre côté aucun membre de sa famille n'a présenté de lésions semblables.

A Alger, il a habité, avant son mariage et pendant un an, l'entresol d'une maison dans laquelle se trouvait un lépreux depuis longtemps. Il m'a été impossible de savoir s'il y avait eu des rapports quelconques entre ces malades.

Il me semble que c'est là qu'il faut placer le point de départ de la contagion.

Cette hypothèse me paraît rationnelle et justifie la conclusion de notre travail sur *la lèpre en Algérie*, à savoir qu'un foyer lépreux est en voie de formation dans la capitale algérienne

M. Ehlers. — Le malade que M. le professeur Gémy vient de nous présenter est certainement un lépreux. Les lésions qu'il présente, sont telles qu'on les rencontre dans la lèpre ; il a en outre une cicatrice croûteuse dans le sourcil gauche, qui provient d'un lépromе. Mais pour poser le diagnostic exact il faut attendre le résultat de l'examen microscopique.

Je profite de la présence de M. Gémy pour vous donner quelques renseignements sur la lèpre en Espagne, sur laquelle les travaux de MM. Gémy et Raynaud ont de nouveau appelé l'attention.

Lors de la Conférence sur la lèpre à Berlin en octobre 1897, nous avions demandé de tous les pays des renseignements sur la géographie de la lèpre. L'Espagne seule n'a rien répondu. Nous avons essayé d'obtenir par la voie diplomatique ces renseignements, mais nous avons subi un échec. Je me suis décidé alors à entreprendre un voyage en Espagne pour recueillir sur place les renseignements désirés. Je les ai obtenus grâce au concours de notre ambassade à Madrid et au concours de plusieurs de nos confrères à Madrid, Séville et Valence.

La lèpre existe en Espagne depuis longtemps dans les provinces du sud. Il y a de petites léproseries à Séville et à Grenade, la dernière est la plus importante.

L'entrée dans ces léproseries est facultative et on ne peut pas retenir les malades contre leur volonté. A la léproserie de Séville j'ai observé 40 malades, qui pour la plupart présentaient des formes d'une telle gravité, qu'on peut affirmer, rien que par ce fait, qu'il doit y avoir quantité inconnue de formes légères, hors de l'hôpital.

Les malades provenaient des provinces suivantes :

	HOMMES	FEMMES
Séville	11	2
Cordoba	8	4
Malaga	1	»
Huelva	4	»
Cadix	3	2
Jaen	1	2
Grenade	1	»
Badajos	»	1
Total	29	11

La lèpre existe en outre sur toute la côte Est de l'Espagne surtout fréquente entre les villes de Castellon de la Plana, Valence et Alicante.

C'est d'ici que s'est effectuée la contamination assez récente de l'Algérie, qui a épouvanté les médecins français. L'histoire du développement de la lèpre dans ces parages, qui est d'importation récente datant seulement d'une cinquantaine d'années et faisant des *progrès incessants* a

été faite par les D[rs] Pocquet (de Parcent), Peret et Zuriaga (de Valence), mais le gouvernement espagnol n'a pas tenu compte des représentations faites par les médecins partisans de la théorie contagionniste, et la maladie fait des progrès incessants.

Infestées sont surtout les villes de Gandia, Oliva et Simat de Valldigna dans la province de Valence, ensuite les villes de Busiana, Villanul, Boriol et Alcublas aux environs de Castellon de la Plana. Enfin tous les villages du district de Pego et de Denia.

Il y a une petite léproserie à Automente. Aucune autre mesure n'a été prise contre ce terrible fléau et les lépreux circulent librement partout.

M. Gémy a appelé le cas qu'il vient de nous montrer, un cas probablement « autochthone ». C'est un mot que je déteste, la lèpre « autochthone » n'existe pas, elle dérive toujours par contagion d'un cas semblable. Mais il est clair qu'on n'est pas toujours sûr de trouver la source de la contagion.

De nos jours, vous trouverez des lépreux errants partout en Europe ; il n'est pas permis de parler de lèpre « autochthone ». Les lépreux pullulent chez les spécialistes et dans les hôpitaux spéciaux de Paris, et on les trouve partout quand on sait les diagnostiquer.

C'est ainsi que l'année dernière au mois de juin j'ai voyagé en compartiment entre Nice et Cannes avec un malade qui avait le visage couvert de lépromes ulcérés et qui ne cessait pas de se gratter et de cracher.

Il y a 8 jours, à mon retour d'Espagne, j'ai déjeuné dans la gare de Hendaye à côté d'une lépreuse avec des lépromes ulcérés ouverts

L'affirmation que nous entendons souvent, que telle ou telle personne n'a jamais été en contact avec des lépreux est sans aucune valeur. Il n'y a pas de lèpre autochthone.

Ulcère lépreux de la jambe.

Par M. Danlos.

M[me] X..., créole née à la Réunion où elle a vécu jusqu'à l'âge de 18 ans est atteinte d'une lèpre tuberculeuse dont le début paraît remonter à l'âge de douze ans. Le père était peut-être syphilitique et lépreux ; une sœur serait morte lépreuse. Deux enfants de dix et neuf ans n'ayant jamais quitté leur mère sont jusqu'à présent indemnes. Le mari fonctionnaire aux colonies et de ce fait séparé souvent de sa femme paraît l'être également.

L'affection a tous les caractères classiques des cas de cette nature, cachexie, tubercules cutanés et muqueux, atrophie musculaire, ulcérations de la bouche (palais, langue) et des fosses nasales, raucité de la voix, perte des cheveux, des sourcils et des cils ; cécité presque complète par lépromes cornéens, etc. Les tubercules disséminés presque partout sur les membres sont confluents sur la face et les points de pression (coudes) ; ils sont très peu nombreux sur le tronc. La sensibilité est relativement peu compromise ; il y a plutôt des erreurs de localisation que de l'anesthésie vraie.

A noter que malgré la cécité presque complète, la malade qui ne distingue pas les objets redoute l'impression du jour et recherche l'obscurité qu'elle rend plus complète encore par une large visière verte. Objectivement la particularité symptomatique la plus frappante à l'entrée était l'état des membres inférieurs. La jambe droite doublée de volume, hérissée de tubercules, non ulcérée, avec ses orteils tuméfiés et difformes, offrait un type accompli d'éléphantiasis lépreux. La jambe gauche moins volumineuse portait à sa partie antérieure et moyenne un vaste ulcère (Moulage au musée). A son niveau la peau était détruite dans toute son épaisseur, le fond était pseudo-membraneux et les bords surplombants, couronnés d'énormes nodules lépreux. En moins de deux mois par le repos au lit, des pansements simples (Liqueur de Labarraque au tiers) et l'huile de Chaulmoogra à l'intérieur (4 et 5 grammes par jour), ce vaste ulcère s'est presque nivelé et a perdu au moins les quatre cinquièmes de son étendue. Les tubercules périphériques se sont réduits sans diminuer toutefois dans la même proportion et l'état général s'est très sensiblement amélioré.

Cette dernière considération nous porte à croire que le traitement local n'a pas agi seul et que l'huile de Chaulmoogra est pour quelque chose dans cet heureux résultat. Nous devons à ce point de vue signaler la forme pharmaceutique sous laquelle cette huile a été prescrite. On sait que l'intolérance stomacale est souvent un obstacle insurmontable à l'emploi de ce précieux médicament qui n'agit qu'à dose élevée. Pour tourner la difficulté nous l'administrons sous la forme suivante :

Poudre de gomme arabique.............	15 gr.
Huile de Chaulmoogra..................	5 à 6 —
Huile d'amandes douces................	10 à 9 —
Sirop d'oranges amères................	30 —
Eau de laurier cerise....................	10 —
Lait Q. s. pour une potion de............	125 —

Avant de l'émulsionner avec la gomme, on fait dissoudre à chaud l'huile de Chaulmoogra dans l'huile d'amandes douces.

En somme c'est à peu près le looch huileux du codex, dont on pourrait peut-être se rapprocher davantage en remplaçant le sirop d'orange par du sirop d'orgeat et le lait par de l'eau qui rendrait la préparation moins altérable. Telle qu'elle est, la potion se conserve bien au moins pendant vingt-quatre heures; quand l'huile se sépare un peu, il suffit d'agiter un instant pour rétablir l'émulsion.

Les malades la prennent en deux fois, moitié au début de chaque repas. On peut au besoin donner immédiatement après une gorgée de grog. Présentée sous cette forme, l'huile de Chaulmoogra est facilement assimilable puisque l'émulsion l'a réduite à un état d'extrême division, et la dilution dans l'huile d'amande lui enlève une partie de ses propriétés irritantes.

Nous avons eu récemment une autre malade lépreuse déjà très cachectique qui a supporté pendant plusieurs mois la dose quotidienne de 6 grammes d'huile de Chaulmoogra administrée sous cette forme, et chez elle aussi, grâce à cette tolérance, la maladie avait subi un arrêt vraiment remarquable. Elle a malheureusement succombé à un érysipèle ambulant qui partant d'une ulcération presque guérie a parcouru tout le corps et n'a entraîné la mort qu'après trois semaines de lutte.

M. Brocq. — J'ai soigné une dame atteinte de lèpre et qui ne pouvait supporter l'huile de Chaulmoogra. Le Dr Padron, qui voyait cette malade avec moi, m'apprit alors qu'au Mexique les lépreux sont soumis au régime lacté et prennent 3 litres ou 3 litres et demi de lait par jour, et grâce à ce régime ils peuvent tolérer jusqu'à 3 ou 4 cuillerées à soupe d'huile de Chaulmoogra par jour. Chez notre malade, le régime lacté absolu nous a permis de lui faire prendre, bien qu'à doses beaucoup moindres, le médicament qu'elle n'avait pu supporter jusqu'alors. Depuis, j'ai eu plusieurs fois recours en ville au régime lacté chez des lépreux, et j'ai pu parfois leur faire accepter jusqu'à 3 ou 4 cuillerées à café d'huile de Chaulmoogra par jour. Sans doute, beaucoup de malades ne supportent pas très longtemps une dose aussi forte ; mais l'emploi du régime lacté peut rendre quelques services et c'est pourquoi j'ai cru utile de vous le signaler.

Le Dr Padron m'a fait remarquer que l'huile de Chaulmoogra est mieux supportée dans les pays chauds que dans les climats tempérés, et il pense qu'en France on ne pourrait faire tolérer aux malades des doses aussi considérables que celles que prennent les Mexicains.

M. Besnier. — L'association de la cure lactée et de la médication par l'huile de Chaulmoogra me paraît excellente parce qu'elle pourra, peut-être, parer à un des dangers de l'emploi de cette huile à doses intensives, c'est-à-dire à la production d'une toxinéphrite dont j'ai observé plusieurs exemples, quelques-uns très graves. Si l'observation ultérieure établit, par des faits authentiques, que l'huile de Chaulmoogra, prise avec le lait, peut être tolérée à des doses supérieures à celle de C C C gouttes, sans accident rénal, et sans irritation des voies digestives, on aura réalisé un progrès considérable dans le traitement de la lèpre.

Je dois ajouter que je reste un peu surpris d'apprendre que, contrairement à ce que je croyais savoir, une substance huileuse est mieux tolérée dans les pays chauds que dans les régions tempérées, ou froides, et que je conserve quelques doutes sur l'identité de l'huile de Chaulmoogra employée au Mexique avec celle dont nous disposons en France.

M. Brocq. — J'ai fait la même observation au Dr Padron ; ce dernier pense qu'il en est de l'huile de Chaulmoogra comme d'autres médicaments, la quinine, par exemple, qui est mieux supportée dans les contrées chaudes que dans les pays froids.

M. Jacquet. — Quels sont les résultats obtenus par M. Brocq dans ce traitement de la lèpre ?

M. Brocq. — Les résultats ont toujours été excellents.

Xeroderma pigmentosum de Kaposi.

Par M. P. Couillaud.

J'ai rencontré récemment dans ma clientèle un cas de *xeroderma pigmentosum de Kaposi*. Ce cas est curieux, particulièrement pour deux raisons : d'une part l'*âge relativement avancé* de la malade, et d'autre part l'*amélioration des plus sensibles qu'ont produite les injections intra-musculaires de calomel.*

Mlle E..., âgée de 29 ans, demeure à Romainville, où ses parents sont cultivateurs. Elle ne s'est jamais occupée des travaux des champs.

A sa naissance, elle fut placée en nourrice pour être nourrie au sein. Peu de temps après, la nourrice prit un deuxième nourrisson qui, paraît-il, « avait la figure pleine de plaies et ne vécut que quelques semaines ».

Vers l'âge de 13 mois, ses parents venant la voir pour la première fois furent très étonnés de voir sa face et ses mains maculées de taches rouges et brunes. Le médecin local, mandé par la famille, déclara que « c'était une éruption de sang qui disparaîtrait toute seule avec l'âge ». Les parents ne s'émurent donc pas outre mesure de ces accidents cutanés qui s'accentuèrent progressivement.

Quelques années plus tard, l'enfant de retour à la maison, les parents commencèrent à s'inquiéter sérieusement de voir cet état persister malgré tisanes, dépuratifs et purgations administrés sans compter, et ils menèrent leur enfant chez plusieurs médecins et dans diverses cliniques, puis dans le service de Bazin, qui la soigna pour une « ichtyose ».

L'âge d'aller à l'école étant arrivé, l'enfant suivit ses cours avec assiduité et fut certainement parmi les plus intelligentes de sa classe ; toutefois elle n'a reçu qu'une instruction primaire.

Elle quitte l'école à 14 ans, ayant obtenu son certificat d'études et reste chez ses parents pour les aider dans leurs travaux d'intérieur.

Jusqu'à ce moment l'affection cutanée n'avait été qu'une gêne pour l'enfant que ses camarades d'école poursuivaient de leurs sarcasmes. Mais, dans la suite, les progrès de la maladie continuant, Mlle E..., commença à s'apercevoir que la lumière du jour lui faisait mal aux yeux et « que ses paupières se rétrécissaient », puis peu à peu la vue se troubla.

A l'âge de 20 ans, ses yeux la faisant souffrir beaucoup, il lui semblait « qu'elle avait du gravier plein les yeux », elle se fit examiner par M. Abadie qui « lui fendit la peau à l'angle externe de l'œil droit ». Malgré cette opération « ses paupières se roulèrent » ; Mlle E... changea d'oculiste et alla consulter M. Landolt qui lui opéra deux ectropions ; cette seconde opération eut lieu deux mois environ après la première.

A la suite de l'opération, Mlle E... recouvra la vue « suffisamment pour lire le journal ».

Depuis son jeune âge jusqu'à cette période de sa vie, Mlle E..., comme je l'ai dit précédemment, avait erré de médecin en médecin, de clinique en clinique (avait même consulté des somnambules), cherchant la guérison. On lui avait donné successivement de l'huile de foie de morue, du vin

iodé, de l'iodure de potassium, de la liqueur de Fowler, etc. Mlle E..., voyant, malgré tous ces médicaments, son état rester stationnaire ou même empirer, se décida à cesser tout traitement.

Pendant les neuf années qui s'écoulèrent depuis lors jusqu'à ce jour, la malade resta cloîtrée au domicile de ses parents, ne sortant jamais et s'occupant seulement des soins du ménage. Elle allait même le moins possible dans la cour durant la journée, non seulement parce qu'elle avait constaté que l'air vif et le soleil étaient nuisibles à son épiderme, mais aussi parce que les rayons lumineux lui fatiguaient beaucoup les yeux et la faisait éternuer, ce qui l'obligeait à tenir constamment sa main au-dessus des arcades sourcilières pour former abat-jour.

Quatre ans après la double opération des paupières, la vue de Mlle E..., commença à redevenir moins nette et une tache opaline apparut sur la cornée de l'œil droit ; la cornée de l'œil gauche fut prise à son tour quelques semaines plus tard. La tache opaline des deux cornées s'épaissit progressivement et la vue se troubla de plus en plus.

Durant tout ce laps de temps, il se forma sur la face et les mains de Mlle E... « des points dont les uns rouges, les autres noirs grossissaient rapidement, puis, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, tombaient en laissant à leur place une cicatrice plus ou moins étendue ».

Indépendamment de ces accidents cutanés, Mlle E... éprouvait des troubles généraux consistant principalement en de *violentes céphalées* dont le début coïncida avec la diminution de l'acuité visuelle. Ces maux de tête gênaient à ce point la malade qu'elle n'osait ni tourner la tête, ni la renverser en arrière à cause de l'intensité qu'ils prenaient alors. Un autre phénomène lui était également très pénible ; elle était prise d'*éternuement, même dans l'obscurité, aussitôt qu'elle était couchée sur le dos.* Enfin, ce qui, sans être douloureux, est tout au moins très gênant, Mlle E..., dont les oreilles s'encombraient rapidement de cerumen, était prise de *violentes quintes de toux lorsqu'elle introduisait dans le conduit auditif externe un objet* destiné à le nettoyer.

C'est le 14 mars dernier que je fus appelé pour voir la malade, les parents s'inquiétant des proportions que présentait à ce moment une tumeur noire de la région temporo-malaire qui se développait progressivement depuis près d'une année.

Voici quel était à ce jour l'aspect de la malade, que j'ai fixé par trois photographies (deux de la face et une des avant-bras et des mains) dont je fais hommage à la Société de dermatologie pour les archives de la Société.

Mlle E... est de petite taille ; on voit que son développement physique, à l'encontre de son développement intellectuel, a été gêné par l'affection cutanée.

Sur le cuir chevelu, on ne note qu'une abondance extrême de pellicules et de la chute des cheveux. Les cheveux, au dire de Mlle E..., étaient, il y a quelques années, encore assez longs et très fournis, tandis qu'aujourd'hui ils sont peu denses et leur longueur ne dépasse pas 20 ou 30 centim.

C'est à la face que l'affection cutanée se présente dans tout son épanouissement.

L'ensemble du visage donne l'impression d'une vaste cicatrice de brûlure avec ses rides, sa fermeté et sa couleur d'un blanc mat. Sur ce fond livide, sont parsemées, très rapprochées, des taches télangiectasiques et des taches pigmentaires.

Parmi les télangiectasies, les unes sont planes et ne dépassent aucunement le niveau général de la peau ; d'autres au contraire forment une saillie plus ou moins développée. Une de ces dernières se voit nettement sur les épreuves photographiques, que j'ai tirées, un peu à gauche de la ligne médiane au milieu du front : elle est un peu allongée, ses dimensions sont de 5 millimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur et elle fait une saillie de 2 millimètres environ.

Les taches pigmentaires présentent deux nuances : les unes sont d'une couleur brun pâle, elles sont très nombreuses et ont la grosseur d'une lentille ; les autres, qui se disposent en placards sont d'une teinte brun tirant sur le noir.

La forme de ces placards n'a rien de fixe; leur pourtour est déchiqueté. De même leur teinte est loin d'être uniforme, car, à leur surface, des points clairs se montrent à côté de points fortement pigmentés. C'est surtout au niveau des joues et du menton que sont situés ces placards. Les plus étendus atteignent une dimension de quatre centimètres carrés environ.

En certains endroits, des placards grisâtres et noirâtres font une légère saillie ; en soulevant leurs bords avec l'ongle, on les sépare de la peau sous-jacente. Ces squames ont une étendue variable et une épaisseur pouvant atteindre près d'un millimètre.

Indépendamment de ces taches, on rencontre en plusieurs endroits de véritables *tumeurs noires* dont j'ai recueilli plusieurs fragments pour en faire l'examen histologique ultérieurement.

L'une de ces tumeurs située à la région temporo-malaire droite, est de la dimension d'une pièce de deux francs ; elle a l'aspect d'un macaron et domine d'un demi-centimètre les tissus circumvoisins. Au toucher, elle est demi-molle et semble avoir des adhérences assez profondes.

Un peu en arrière et au-dessus d'elle, on voit une autre petite tumeur noire ; mais cette dernière ne dépasse pas le niveau général de la peau ; elle a le diamètre d'un gros pois.

Il existe également deux autres petites tumeurs semblables non saillantes, situées l'une au front à l'extrémité supérieure droite, vers la naissance des cheveux, l'autre au menton, au niveau du bord inférieur du maxillaire, à quatre ou cinq centimètres de la ligne médiane.

Il me reste à parler des atrésies orificielles : elles sont très marquées, ce dont on se rend compte facilement à la simple vue des épreuves photographiques.

L'atrésie buccale produit autour de cet orifice un ensemble de plis radiés remarquable.

Même phénomène autour des yeux. Là, d'ailleurs, il n'y a plus à proprement parler de paupières mais une sorte de bourrelet rougeâtre courant d'un angle de l'œil à l'autre.

La conjonctive passe directement du globe oculaire sur ces bourrelets sans former de culs-de-sac.

L'occlusion complète des paupières est impossible.

La cornée présente un aspect blanc laiteux et ne permet à la malade que de voir l'ombre des objets; suivant son expression, « elle ne voit qu'à travers un nuage ».

L'atrésie de l'orifice externe du nez produit un amincissement et un pincement très marqué de la pointe.

Quant aux oreilles elles ont perdu leur forme et ont un aspect momifié.

Avant de passer en revue les autres localisations des lésions cutanées, j'attire l'attention sur l'*envahissement d'une partie des muqueuses linguale et buccale* par des lésions similaires à celles de la peau.

Sur la lèvre inférieure, de même que sur la supérieure, les télangiectasies s'étendent jusqu'à un centimètre et demi sur la muqueuse des lèvres.

Sur la langue les télangiectasies sont groupées très denses vers la pointe sur une aire de deux centimètres carrés environ.

J'arrive maintenant au cou. Ici, on trouve seulement, mais en très grand nombre, des petites macules brunâtres et des taches télangiectasiques.

Sur les bras, on ne rencontre aucune des lésions particulières au *xeroderma pigmentosum*, sauf à l'extrémité inférieure, mais un peu *d'ichtyose et de kératose pilaire*.

Les avant-bras, au contraire sont fortement touchés et les lésions remontent jusqu'à quatre centimètres au-dessus du coude. On y remarque, et plus denses à la partie postérieure, des petites macules brun pâle et quelques placards noirâtres de dimensions variables (l'un a quatre centimètres sur deux).

Ces mêmes lésions s'observent sur le dos des deux mains, s'accompagnant d'un état particulier de la peau donnant l'impression de la baudruche.

En outre, à la main droite, sur la face dorsale du poignet et sur la ligne médiane, se trouve une tumeur noire très dure, faisant une saillie arrondie de la grosseur d'un pois ; cette tumeur qui semble vue par transparence, adhère, mais peu fortement, aux tissus sous-jacents.

Les paumes des mains sont indemnes ; les lésions des avant-bras s'arrêtent brusquement au pli du poignet.

Sur le thorax, principalement au niveau de la région mammaire, la peau présente un léger état ichthyosique.

Sur les cuisses et surtout sur les jambes, l'ichthyose et la kératose pilaire sont plus marquées.

A la face antérieure de chacun des deux genoux, on voit un large placard *d'ichthyose cornée* d'une épaisseur atteignant par places deux millimètres. La dimension de chacun de ces placards est d'environ 9 centimètres carrés.

Les parents affirment que personne dans la famille n'eut d'affection cutanée ; cependant j'ai appris d'autre part qu'une tante du père est morte à l'âge de 20 ans d'une affection identique à celle de Mlle E...

Le père et la mère sont bien portants.

Un frère est mort à l'âge de six ans d'une méningite.

Un autre frère est vivant. Celui-ci a été atteint de rhumatisme articu-

laire il y a deux ans. Cette attaque de rhumatisme a été très grave et a duré plusieurs mois; il lui est resté de la déformation de plusieurs articulations.

Une tante de Mlle E..., sœur de son père, est absolument aveugle par atrophie des nerfs optiques.

Mon diagnostic établi, je prévins Mlle E... qu'il était nécessaire de lui exciser ses tumeurs. En même temps je me résolus à faire à la malade, pour lui rendre quelque espoir, un traitement qui ne lui eût point encore été appliqué. Dans ce but, je fis voir Mlle E... à mon maître et ami Darier et nous convînmes ensemble d'essayer les injections de calomel et d'attendre le résultat de l'essai.

Le 22 mars, après avoir anesthésié la malade à l'oxychlorure d'éthyle et à la cocaïne, j'ai extirpé, à l'aide de la petite pointe du thermocautère, entièrement et d'un seul morceau, la grosse tumeur noire de la région temporo-malaire. En opérant de cette manière je n'ai été que bien peu gêné par le sang provenant des capillaires dilatés du voisinage et de la profondeur.

Cette tumeur avait la forme d'une lentille biconvexe avec de petits bourgeons reliant la face profonde aux tissus sous-jacents. Je l'ai conservée pour en faire l'examen histologique.

La tumeur enlevée, j'ai cautérisé profondément au thermocautère la plaie opératoire, puis j'ai saupoudré de salol et appliqué un pansement consistant en compresses de gaze non apprêtée imbibées de sublimé à 1/500.

Voyant la docilité de ma malade, je me décidai à exciser la petite tumeur qui siégeait sur le dos de la main droite; je pratiquai de la même manière que précédemment des cautérisations profondes et je fis un pansement semblable.

La séance chirurgicale terminée, j'ai aussitôt pratiqué la première injection intra-musculaire de calomel.

J'ai injecté trois centigrammes de calomel, incorporé à un mélange de vaseline et d'huile de vaseline, dans la région fessière dite de Gaillot. La malade redoutait beaucoup cette injection, pensant qu'elle sentirait une vive douleur; aussi fut-elle fort surprise quand je lui dis que tout était terminé, car *elle ne s'était aperçu de rien;* j'avais il est vrai anesthésié la surface de la région à l'oxychlorure d'éthyle.

Le 24, je refais les pansements de la joue et de la main.

Le 29, les eschares produites par le thermocautère se détachent et montrent deux plaies de bonne nature.

Nouvelle injection de calomel, mais cette fois de quatre centigrammes. — J'interroge Mlle E... pour savoir si elle a souffert de la précédente. Elle me répond qu'elle n'a ressenti qu'une sensation de contusion dans la fesse; cette sensation a commencé quarante-huit heures après l'injection et a duré trois ou quatre jours, « *mais ce n'était pas une douleur* ».

Le 1, le 5, le 9 et le 12 avril, nouveaux pansements. Les plaies se cicatrisent progressivement; le 17, la plaie de la face est totalement cicatrisée; le 26, je retire le pansement de la main dont la plaie opératoire est guérie à son tour.

Pendant ce temps, j'avais continué les injections de calomel.

Le 5, le 12 et le 19, j'ai fait chaque fois une injection de cinq centigrammes.

Le 26, ayant constaté de la stomatite et de la gingivite hydrargyrique, je m'abstiens de faire une injection et je prescris le nettoyage des dents et le rinçage de la bouche au sublimé au millième, suivi de rinçage à l'eau boriquée, plusieurs fois par jour.

Le 3 mai, toute trace d'intoxication hydrargyrique ayant disparu, je refais une nouvelle injection de calomel de cinq centigrammes.

Le même jour, je détruis au thermocautère les trois petites tumeurs noires et la petite tumeur télangiectasique du front dont j'ai parlé dans ma description des lésions de la face.

Actuellement, par le fait du traitement, la face et les mains se sont décapées. La plupart des placards pigmentaires ont disparu.

Le nombre des macules brun pâle et des télangiectasies a considérablement diminué, principalement à la face.

La vue semble s'être légèrement améliorée.

Telle est, succinctement résumée, l'observation clinique de cette intéressante malade. Il y manque l'examen histologique des fragments des tumeurs extirpées pour se prononcer sur leur nature.

Je communiquerai ultérieurement à la société le résultat de cet examen ainsi que celui du traitement que je me propose de continuer plusieurs mois encore, afin de bien établir qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, mais que l'amélioration constatée chez la malade est bien le fait des injections de calomel.

Acné chéloïdienne de la nuque.

Par M. Danlos.

C..., 47 ans, cocher, de très bonne santé sauf une gastralgie éthylique. accuse comme antécédents : à 20 ans, une fièvre typhoïde suivie de phlegmasia et de varices ; à 27 ans la syphilis qu'il n'a traitée que trois semaines par quelques pilules de protoiodure ; et qui depuis lors sauf quelques plaques buccales paraît être restée silencieuse.

Aujourd'hui ce malade, arthritique sanguin et séborrhéique, présente les lésions suivantes :

1° De l'acné vulgaire disséminée à la face et sur le dos.

2° A la cuisse droite un placard variqueux avec épaississement de la peau sus-jacente, identique d'aspect avec un nœvus ; mais auquel ce nom ne peut convenir, car la lésion ne date que de trois à quatre ans.

3° Sur le crâne, on remarque de petites taches fauves, couvertes en partie de squames grasses très adhérentes, amenant sur les points qu'elles occupent la chute des cheveux et laissant après guérison une altération très superficielle rappelant autant l'atrophie que la cicatrice. Il s'agit vraisemblablement d'une variété d'acné dépilante non suppurative, voisine de l'acné nécrotique ou du lupus acnéique. De la première elle se distingue

par l'aréole d'un jaune fauve qui entoure à grande distance la croûtelle centrale ; par le fait que celle-ci est saillante et non enchâssée dans le derme ; parce que cette croûtelle est plus squameuse que nécrotique ; parce que la cicatrice qui lui succède est à peine visible, et que la distribution n'a pas la régularité qu'on observe dans l'acné pilaire de Bazin. Du lupus érythémateux à forme acnéique la lésion se différencie par une teinte moins vive, et le défaut de tendance centrifuge aux points d'attaque. Au dire du malade, il y aurait une dizaine d'années qu'il porte sur la tête de semblables éléments.

4° Depuis quatorze ans environ, la nuque est le siège d'une grosse altération, qui primitivement circonscrite, a grandi peu à peu et s'étend actuellement d'une apophyse mastoïde à l'autre. Elle présente l'aspect d'un anneau ovalaire très allongé, formé de deux zones externe et interne. La zone externe se présente sous la forme d'un bourrelet annulaire, large d'un doigt, saillant de cinq à six millimètres, continu, sauf deux interruptions de quelques centimètres sur sa demi-circonférence inférieure. Ce bourrelet a tous les caractères (saillie, dureté, folliculites, croûtes, poils groupés en bouquet) de l'acné dite chéloïdienne. La zone interne incluse dans la précédente est d'aspect lisse, unie et cicatricielle. Son niveau est celui de la peau saine. Cette cicatrice souple et non chéloïdienne est le reliquat de l'action morbide dont le bourrelet extérieur représente la zone en activité. On est surpris de l'absence de toute chéloïde sur cette zone interne. Interrogé à ce sujet, le malade dit que primitivement cette zone était saillante et qu'elle s'est affaissée à la suite de scarifications multiples que le malade a subies en 1895 pendant un séjour de six mois qu'il a fait dans le service de M. Besnier. Cette influence thérapeutique des scarifications est fort remarquable ; il ne l'est pas moins qu'elle n'ait agi que sur la cicatrice et que la marche extensive du mal n'ait pas été modifiée.

En rapprochant l'une de l'autre les trois modalités de l'acné que présente ce malade, acné vulgaire, acné dépilante du cuir chevelu, acné chéloïdienne de la nuque, on est conduit à se demander s'il s'agit de trois affections différentes n'ayant entre elles d'autre liaison que la nature séborrhéique du terrain qui leur sert de base, ou bien si ce sont trois affections de même nature empruntant leur différence d'aspect et de degré à la région sur laquelle elles sont développées. Bien que la première opinion semble plus vraisemblable, la seconde ne paraît pas illogique. L'acné chéloïdienne en particulier diffère probablement de l'acné vulgaire plutôt par sa localisation que par sa nature. A la nuque, toutes les lésions inflammatoires développent facilement de la chéloïde. Elles doivent cette propriété à la qualité même du terrain. La peau de la nuque est en effet dense, fibreuse et résistante ; elle crie sous le scalpel quand on la coupe et sa face interne, surtout sur la ligne médiane, est unie aux parties profondes par d'épais tractus fibreux. C'est probablement à sa nature fibreuse que la peau de la nuque doit son aptitude chéloïdienne. Elle se voit

dans toutes les lésions irritatives de cette région. Rien de plus commun par exemple que de constater chez les individus qui ont eu de simples furoncles de la nuque, l'existence d'une masse fibreuse qui double pour ainsi dire la face profonde de la peau. Ici, la lésion originelle occupant l'hypoderme, c'est dans l'hypoderme aussi que la kéloïde se développe; dans l'acné chéloïdienne, au contraire, la lésion étant plus superficielle c'est dans la couche superficielle du derme que la chéloïde évolue.

M. Besnier. — Dans toutes les acnés, et particulièrement dans les acnés nécrotiques, dans l'*acné pilaire serpigineuse* de la nuque qui existe chez ce malade, il faut distinguer absolument l'action thérapeutique produite sur les *lésions réalisées*, et l'action à exercer sur la *reproduction* de *lésions nouvelles* sur le même lieu ou à la périphérie.

La première, l'action curative sur les lésions réalisées est le plus souvent souveraine, et facile, par des moyens variés; la seconde, l'action curative, proprement dite, c'est-à-dire prévenant le retour d'altérations semblables, est le plus souvent insuffisante ou nulle tant que persistent les causes diathésiques, toxiques, toxiniennes, ou parasitaires. L'exemple qui vous est soumis par M. Danlos est, à cet égard, saisissant : Toute la partie centrale du territoire envahi, celle que j'ai traitée par des moyens variés à la phase éruptive, et par les scarifications réitérées dans la période chéloïdienne, est aujourd'hui entièrement libérée.

J'ajouterai que ce que vient de dire M. Danlos sur la faculté chéloïdigène de la région de la nuque est absolument exact, et que l'identité de nature des trois formes d'acné que présente ce malade est, sinon démontrée, au moins plus que vraisemblable, soit dans l'hypothèse toxinienne, soit dans l'hypothèse parasitaire.

Érythème bulleux toxique.

Par MM. G. Baudouin et Emery.

Voici une femme de 28 ans qui est entrée, il y a quelques jours, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption d'érythème bulleux en plaques localisé aux régions fessières et au membre inférieur gauche, et dont l'origine nous paraît présenter un intérêt tout particulier. Il semble, en effet, tout d'abord, qu'on se trouve en présence d'une dermatose antipyrinique. Le 1er mai dernier, la malade qui avait pris pour la première fois une dose d'antipyrine, pour calmer des névralgies, sentit au bout de quelques minutes se produire cette éruption qui s'accompagna, pendant plusieurs jours, d'une sensation de brûlure des plus douloureuses; celle-ci, d'autre part, offrait tout les caractères que nous avons déjà constatés dans des cas de dermatoses dont cette origine médicamenteuse était indiscutable : placards érythémateux, très douloureux, nettement orbiculaires, dont le volume varie de celui d'une pièce de cinquante centimes à celui d'une pièce de cinq francs, et dont la surface, rouge vineux, très

brune même par places, a été recouverte, à un moment donné, de larges bulles aujourd'hui affaissées.

Cependant, deux crises éruptives absolument semblables à celle-ci, tant au point de vue des symptômes objectifs que de la réaction douloureuse et de l'évolution, se sont produites antérieurement, l'une au commencement de novembre, l'autre il y a six semaines. La malade ne sait à quelle cause attribuer la première : les plaques bulleuses qui la constituaient se séchèrent au bout de dix jours, sans cependant disparaître, car la peau resta toujours très fortement pigmentée à leur niveau. Quant à la seconde poussée, elle aurait fait suite à un repas composé principalement de maquereau. Dans les deux dernières crises, ce furent uniquement les plaques de l'éruption précédente qui se réveillèrent en quelques sorte et évoluèrèrent de la même façon sans qu'il s'en produisît de nouvelles, en laissant encore après elles les mêmes macules pigmentaires indélébiles, qui avaient suivi la première poussée.

Ainsi, nous voyons dans ce cas, d'une part des toxines animales d'origine alimentaire, d'autre part une substance médicamenteuse, provoquer la réapparition des mêmes déterminations cutanées dues primitivement à l'action de toxines d'origine inconnue.

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que la malade est une nerveuse, d'un caractère violent, extraordinairement irritable; elle est aussi légèrement mais manifestement éthylique, et présente, en outre, problablement liés à cette dernière cause, des troubles dyspeptiques qui, peut-être, ne sont pas étrangers à l'action toxique de certaines substances souvent inoffensives pour les autres sujets.

M. Besnier. — Il est certain qu'objectivement cette lésion est une antipyrinide, et c'est à ce diagnostic que je me rangerai jusqu'à plus ample informé. On a souvent beaucoup de peine à obtenir des malades un aveu de l'emploi des médicaments, et M. Vérité faisait dernièrement remarquer que beaucoup de produits vendus dans le commerce sous différents noms renferment de l'antipyrine.

Sur un cas d'ichtyose vraie localisée et symétrique.

Par MM. Hallopeau et Guibal.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est intéressant par les localisations de son ichtyose : en effet, tandis que les altérations occupent la tête et les membres, et atteignent en diverses régions une grande intensité, au point d'y revêtir les caractères de l'ichtyose hystrix, le tronc est au contraire complètement et absolument indemne et les lésions forment à la partie supérieure des membres des courbes remarquables par leur dessin compliqué et leur parfaite symétrie.

En effet, si l'on examine la partie supérieure des cuisses, on voit que

l'ichtyose y est limitée par un bord absolument net qui s'étend d'abord du pli interfessier au milieu de la crête iliaque, se porte, de ce point, en dehors et en avant, en décrivant une légère concavité supérieure, vers le bord postérieur du grand trochanter, gagne transversalement la saillie du muscle couturier, puis oblique en bas et en dedans jusqu'à l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa, et se relève enfin un peu pour atteindre au-dessous du scrotum le pli fémoro-périnéal. La disposition est strictement la même des deux côtés. La limite supérieure de l'ichtyose au niveau des bras n'est pas moins singulière : au niveau du sillon sous-deltoïdien, sur la saillie du biceps, s'élève une traînée ichtyosique d'environ 3 centimètres de largeur; sa limite inférieure est à environ 5 centimètres au-dessus du pli du coude; elle se réunit, à ce niveau, par un pont de peau malade, à une traînée analogue qui remonte en arrière sur la saillie du triceps, et présente un diamètre que l'on peut évaluer à 4 centimètres; les bords de ces deux traînées verticales sont nets et, dans leurs intervalles, la peau des parties interne et externe du bras est saine.

Ici encore les lésions sont tout à fait symétriques des deux côtés.

Les creux des genoux et des coudes ainsi que les surfaces palmaires et plantaires sont indemnes; le dos des phalanges est le siège d'altérations qui rappellent singulièrement, par leur aspect, celles du pityriasis rubra pilaire, moins la saillie des concrétions.

La distribution si remarquablement symétrique des altérations est tout à fait en rapport avec l'opinion qui fait de l'ichtyose une altération liée à une anomalie dans le développement de l'épiderme; elle montre que cette anomalie peut n'intéresser, dans chaque moitié du corps, que certaines parties se développant parallèlement; elle ne peut guère s'expliquer par l'hypothèse, si élégamment défendue par notre très distingué collègue Tommasoli, suivant laquelle cette maladie serait une auto-intoxication; on ne conçoit pas en effet comment des autotoxines iraient léser les téguments des membres en s'arrêtant ainsi nettement suivant un rebord en apparence capricieusement curviligne, identique des deux côtés, exerçant sur les jambes une action assez intense pour donner lieu aux lésions de l'ichtyose hystrix et faisant complètement défaut au niveau du tronc : les lésions d'origine toxique ne présentent pas ces localisations presque géométriques qui sont au contraire l'apanage des anomalies d'origine embryonnaire.

Un cas de syphilis héréditaire tardive.

Par M. G. Milian.

L'enfant M..., âgé de 11 ans, que j'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie, est atteint de syphilis héréditaire.

Au premier coup d'œil, rien n'attire l'attention de ce côté, car cet enfant ne présente aucune déformation manifeste, aucune malformation du sque-

lette, et sa constitution est assez bonne. Pourtant, l'hérédo-syphilis est, chez lui, indéniable, attendu qu'il a présenté des gommes de la jambe et que la syphilis des parents est certaine. Il est intéressant de noter cette pénurie de stigmates, quoique la syphilis ait été transmise en nature.

Les seuls *stigmates* qu'on découvre sont les suivants :

Teinte grisâtre des téguments, surtout des téguments du visage ; *microsphygmie ; voûte palatine ogivale* extrêmement prononcée ; *suture fronto-pariétale très saillante*, mais surtout superbes *lésions dentaires*, qui constituent le signe le plus important et méritent d'être énumérées en détail : *A la mâchoire supérieure* les deux incisives médianes supérieures présentent la déformation dite en tournevis. L'incisive latérale gauche est reportée sur un plan postérieur comme si elle faisait partie d'un deuxième hémicycle dentaire concentrique. L'incisive et la canine gauches de lait persistent. La canine droite est absente. Enfin la dernière molaire de chaque côté est atteinte d'atrophie cuspidienne. *A la mâchoire inférieure*, les lésions sont beaucoup moins marquées : les dents sont tassées les unes sur les autres et le bord libre des incisives est multicrénelé.

L'examen des *yeux* pratiqué par M. Druault, interne de M. le professeur Panas, a révélé, au niveau de l'œil droit, à la périphérie de la rétine, plusieurs petites *taches d'atrophie choroïdienne*, reliquat de points de choroïdite caractéristique en l'espèce. Les stigmates papillaires signalés par Antonnelli ont été recherchés avec le plus grand soin ; il n'a été possible de découvrir autour des deux papilles qu'une zone légèrement ardoisée de la largeur d'un demi-diamètre papillaire (1).

A part les malformations dentaires, rien n'attire donc spécialement l'attention du clinicien du côté de la syphilis héréditaire.

Par contre, l'*anamnèse* fournit des renseignements importants. La mère nous apprend que son enfant a marché tard, à 16 mois seulement. Il n'a su parler qu'à trois ans. Déjà à cet âge, c'était un petit nerveux qui avait fréquemment des « convulsions ». Vers 18 mois, deux ans, lorsqu'il entendait de la musique il devenait tout pâle, tremblait de tous ses membres qui se raidissaient ensuite. Actuellement encore il rêve fréquemment la nuit à haute voix. Il pleure à chaque instant et pour des futilités ; aussi, à l'école, l'appelle-t-on « la fontaine Wallace ». Il n'est pas inintelligent mais il est incapable de fixer son attention.

Cet enfant n'a jamais eu d'autre maladie que la petite rougeole à l'âge de 4 ans ; mais il y a un an il présenta, à la face antérieure de la jambe droite, trois ulcérations profondes, qui se fusionnèrent bientôt pour n'en former qu'une seule. Ces ulcérations durèrent trois mois et guérirent par le traitement spécifique appliqué le dernier mois. Elles ont laissé une cicatrice à bords polycycliques, dépigmentée.

(1) *Examen des yeux*, pratiqué par M. DRUAULT, interne de M. le professeur Panas :

Des deux côtés, la papille présente des bords un peu flous et est entourée d'une zone légèrement ardoisée ayant une largeur de un demi-diamètre papillaire environ. Œil droit : A la périphérie de la rétine, plusieurs petites taches d'atrophie choroïdienne, la plus nette en bas.

Œil droit et œil gauche : Acuité visuelle normale.

Les *antécédents héréditaires* de cet enfant sont complets.

Le *père*, actuellement âgé de 48 ans, a eu la syphilis à 25 ans. Il est tabétique depuis une quinzaine d'années ; il est confiné au lit par l'ataxie depuis un an.

La *mère*, âgée de 43 ans, a contracté la syphilis un an avant son mariage en 1881 : elle a présenté des accidents caractéristiques : chancres de la grande lèvre gauche, plaques muqueuses de la bouche, maux de gorge, alopécie, etc.

En 1886, eut un premier enfant qui mourut à l'âge de deux mois, couvert d'accidents syphilitiques. En 1887, elle eut un second enfant, celui que nous présentons aujourd'hui. Depuis n'a pas eu d'autres grossesses.

Il nous a paru intéressant de communiquer cette observation, car elle prouve une fois de plus l'importance des malformations dentaires dans le diagnostic de la syphilis héréditaire. Celles-ci constituent, en effet, le seul stigmate appréciable pour le clinicien, chez cet enfant où nous sommes en mesure d'affirmer l'hérédo-syphilis grâce à l'anamnèse.

Faisons remarquer aussi combien peut être utile l'examen du fond de l'œil dans la recherche de l'hérédo-syphilis.

M. Barthélemy. — Je profite de la communication qui vient de vous être faite sur la syphilis héréditaire, pour vous montrer un moulage représentant, non plus des dents altérées directement par l'hérédo-syphilis comme dans le cas précédent, où l'on observe, soit des dents striées et érodées, soit des dents hutchinsonniennes, mais des dents qui sont simplement dystrophiées par l'hérédité syphilitique. Ces altérations n'ont pas la valeur des précédentes ; elles ne prouvent que l'hérédité syphilitique ; elles ne sont pas la manifestation directe de la syphilis. Dans le cas précédent, il y avait une gomme de la jambe, des altérations du fond de l'œil, c'est-à-dire des lésions directement syphilitiques et justiciables du traitement spécifique. Ici, il n'y a rien de semblable; car qui dit hérédité syphilitique ne dit pas hérédo-syphilis. Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, qui a été mariée à 17 ans et qui a déjà deux enfants venus vivants mais avant terme. Son père a eu autrefois une syphilis bénigne mais assez mal traitée. Elle-même présente quelques traces de rachitisme thoracique et des tibias en lame de sabre, de l'asymétrie faciale gauche et crânienne, du nervosisme sans hystérie, un certain degré de débilité intellectuelle et de déséquilibre moral (quelques actes de cleptomanie ; c'est le 3e cas que je constate dans l'hérédité syphilitique), du strabisme gauche divergent, une voûte palatine étroite, profondément creusée, ogivale, du prognathisme supérieur, enfin les dents dont vous voyez la représentation exacte dans ce moulage : dents n'ayant plus de forme, dents atypiques ; dents n'ayant ni leur dimension ni leur structure habituelles, dents mal formées et friables ; enfin, des dents particulièrement, extraordinairement, mal plantées ; il y a ici un véritable bouleversement dentaire ; il y a à la mâchoire supérieure trois rangées successives de dents, parmi lesquelles

il est impossible de distinguer les canines des incisives et où l'on retrouve persistante deux dents de la première dentition. Or, les parents sont très bien construits et très vigoureux au moral et au physique ; ils ont notamment tous deux des dents bien plantées, excellentes, belles et résistantes, encore maintenant, et n'ont aucune tare, aucune maladie. Il s'agit, chez cette jeune femme, de stigmates de dégénérescence due à la seule hérédité syphilitique ; je le répète, elle n'est pas hérédo-syphilitique, elle pourrait même prendre la syphilis pour son compte (j'en ai vu deux cas probants) ; elle n'a que des dystrophies, des tares que lui a créées l'hérédité spéciale et qu'elle pourra transmettre par hérédité simple, contre lesquelles les médicaments spécifiques resteront sans effet. C'est un exemple de déchéance rapide de la race par la syphilis bénigne et non traitée.

Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant; nature tuberculeuse de l'affection.

Par M. Haushalter.

La rareté du *lichen des scrofuleux* dans l'enfance, et d'autre part l'obscurité qui règne encore en partie au sujet de la nature des manifestations cutanées, groupées sous le nom de *tuberculides*, m'autorisent à faire connaître les 2 cas suivants, dont je résumerai l'histoire sans grands commentaires :

Observation I. — C. T..., 12 ans.

Père, 38 ans, bien portant. Mère, 34 ans, a toussé de 25 à 30 ans ; actuellement bien portante. Deux enfants.

Varicelle à l'âge de 4 ans ; rougeole à 11 ans ; a toussé pendant plusieurs mois à la suite de la rougeole; depuis cette rougeole, écoulement de l'oreille gauche ; un mois après cette rougeole a débuté l'éruption actuelle, qui ne s'est guère modifiée depuis cette époque.

Se présente à la clinique des enfants le 19 février 1897.

État du 19 février 1897. — Garçon grand et fortement charpenté ; état général bon. Aspect lymphatique ; peau des membres rugueuse, râpeuse ; cils longs ; système pileux développé dans le dos ; aux angles de la mâchoire inférieure, ganglions durs, mobiles ; écoulement d'odeur fétide et assez abondant par l'oreille gauche. Respiration normale.

Sur le tronc, existent 50 à 60 éléments papuleux, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, un peu aplatis, rosés, généralement recouverts à leur centre d'une croûtelle cornée, ou d'une squame épidermique.

Les mêmes éléments existent sur les membres supérieurs du côté de l'extension, au nombre d'une vingtaine à gauche, d'une dizaine à droite. Au niveau de l'apophyse styloïde du radius gauche, se trouve une papule rose, sèche, cornée, large comme une pièce de vingt centimes ; au niveau du coude gauche, une papule de même dimension recouverte d'une carapace épidermique.

A la face, on voit une trentaine environ de papules analogues à celles

du tronc et des membres. On en voit également quelques-unes très discrètes aux membres inférieurs.

Le 23 février, un cobaye est inoculé dans la paroi abdominale avec le produit de raclage de plusieurs nodules recueillis aux bras à l'aide de la curette; il meurt le 6 juin, c'est-à-dire au bout de 3 mois 1/2 ; nous trouvons des tubercules caséeux dans la paroi abdominale, une infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons.

Le 5 mars, inoculation à un cobaye du produit de raclage de nouvelles papules ; le cobaye meurt le 15 août, c'est-à-dire au bout de 5 mois, avec de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, du mésentère, des poumons.

L'enfant est revu le 21 juin 1897, après avoir été soumis à un traitement général antiscrofuleux, et à un traitement local pour son otite ; quelques papules se sont affaissées et sont en voie de disparition ; l'écoulement de l'oreille a tari ; les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume.

Observation II (1). — Rose S..., entre en mars 1896, à l'âge de 5 ans, à la Clinique des enfants. L'affection actuelle a débuté en automne 1895, à la suite de la rougeole.

État en mars 1897. — Fillette de constitution assez délicate, blonde, un peu rachitique, inerte ; extrémités habituellement froides et violacées ; ganglions sous-maxillaires durs, développés.

Il existe deux sortes d'éléments éruptifs, constitués les uns par de petites papules, les autres par des nodosités et des tubérosités.

Les *petites papules* ont des dimensions variant depuis celles d'un grain de chènevis à celles d'un grain de millet ; elles sont roses, assez aplaties, recouvertes à leur centre par une petite croûtelle ou un petit capuchon épidermique ; ces papules existent au nombre d'une trentaine environ à la face, d'une quarantaine sur le tronc, d'une dizaine environ sur chacun des membres inférieurs et supérieurs et sont situées surtout du côté de l'extension. A côté des petites papules, on voit de petites cicatrices rosées ou blanches, à peine déprimées, du diamètre d'une grosse tête d'épingle ; ces petites cicatrices sont surtout nombreuses à la face, où nous en comptons une dizaine, et sur le tronc où nous en voyons une cinquantaine ; on peut saisir toutes les transitions entre les papules saillantes, les papules affaissées, les cicatrices rosées maculeuses et les petites cicatrices blanches.

En même temps que les petites papules, nous voyons des éléments éruptifs plus volumineux, qui sont de deux espèces : 1° *des nodosités intra-dermiques* et *sous-cutanées*, variant du volume d'une lentille à celui d'un pois, au niveau desquelles la peau est violacée, squameuse ; ces nodosités paraissent être de petites gommes ; on en compte une au bras gauche à sa partie postérieure, deux à l'avant-bras gauche, une autre au bras droit ; 2° *de petites tubérosités* saillantes du volume d'un pois, violacées, recouvertes d'une carapace épidermique d'aspect verruqueux ; on en voit une à la face interne du poignet droit, une sur le dos de la main droite, une autre à la

(1) La petite malade de cette observation a été présentée à la Société de médecine de Nancy le 27 mai 1896.

face interne de la deuxième phalange de l'index droit, deux autres sur le genou droit. En même temps que ces nodosités et ces tubérosités, on observe des cicatrices blanches arrondies, grandes comme une pièce de vingt et de cinquante centimes, au genou droit et à la jambe gauche.

Un cobaye, inoculé le 13 mars 1896, dans le péritoine, avec le produit du raclage de plusieurs petites papules, obtenues avec la curette tranchante, meurt le 7 juin, c'est-à-dire au bout de trois mois, avec de la tuberculose caséeuse du péritoine et des ganglions mésentériques, et de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons.

Un autre cobaye, inoculé sous la peau avec le produit de raclage des tubérosités du poignet et du doigt de la main droite, meurt au bout de six semaines, avec des lésions tuberculeuses au niveau du point d'inoculation, dans le mésentère et dans la rate.

L'enfant, soumis à un traitement général antiscrofuleux, est revu de temps en temps pendant deux ans ; les petits éléments éruptifs existant lors du premier examen, s'affaissent petit à petit, sont remplacés progressivement par de petites cicatrices blanches. Les nodosités, ou petites gommes, disparaissent ou s'ouvrent à l'extérieur.

En décembre 1898, état général bon ; même tendance au refroidissement des extrémités ; blépharite ciliaire ; quelques ganglions à l'angle de la mâchoire ; il n'existe plus sur la face que deux petites papules et six à huit sur les deux bras ; le tronc n'en présente plus ; la face et le tronc sont parsemés de petites cicatrices rondes, rosées ou blanches, du diamètre d'une tête d'épingle ; à la place des petits noyaux intra-dermiques, existent des cicatrices blanches ; les tubérosités sont presque totalement affaissées.

Je me bornerai à signaler dans ces deux observations les faits dignes d'attention. Dans les deux cas l'éruption existait à la face, en même temps que sur le tronc et sur les membres ; dans les deux cas, débuta à la suite de la rougeole ; dans les deux cas, la lésion se présentait sous l'aspect de petites papules roses, recouvertes à leur centre de croûtelles épidermiques ; jamais on n'observa de suppuration nette des papules ; chez la petite malade de l'obs. II, qui put être suivie pendant deux ans, on vit, dans cet espace de temps, la plupart des papules s'affaisser petit à petit en laissant à leur place de minuscules cicatrices déprimées.

Dans les deux cas, l'éruption s'accompagna de manifestations scrofulo-tuberculeuses : dans l'obs. I il existait une otite chronique avec adénopathie du cou ; dans l'obs. II, une adénopathie du cou et des lésions cutanées répondant à la gomme tuberculeuse, et que l'inoculation au cobaye démontre d'ailleurs être de nature tuberculeuse.

Des inoculations faites au cobaye avec les petites papules enlevées à la curette après les précautions usuelles, ont dans les deux cas causé la tuberculose du cobaye. Dans l'obs. I, deux cobayes inoculés

avec des produits de raclage de petites papules recueillis à 15 jours d'intervalle, sont morts tuberculeux, l'un au bout de 3 mois 1/2, l'autre au bout de 5 mois. Dans l'obs. II, le cobaye inoculé avec le produit de raclage des papules, a succombé en 3 mois; le bacille de Koch a été décelé dans les lésions de ces 3 cobayes. Leur survie après inoculation a été relativement longue, comme il arrive habituellement dans la tuberculose expérimentale conférée avec des lésions de tuberculose cutanée.

De ces expériences je crois pouvoir conclure dans le sens de ceux qui affirment la *nature tuberculeuse* du lichen des scrofuleux.

Syphilide achromique du cou.

Par MM. Fournier et Haury.

Jeune syphilitique âgée de 18 ans, ayant contracté la syphilis il y a huit mois. Six semaines à deux mois après le chancre initial, apparition de syphilides secondaires muqueuses et cutanées; ces dernières sous forme d'une éruption papuleuse discrète dont quelques éléments se sont effacés sans laisser de traces, mais dont le plus grand nombre ont laissé comme vestiges des macules brunâtres siégeant principalement à la racine du front, au cou, à la ceinture scapulaire et quelques-unes sur les bras et la face interne des cuisses. En ce moment, la malade est en pleine période secondaire et présente des accidents muqueux généralisés qui n'ont rien de spécial.

Le point intéressant de l'observation est la présence, chez cette malade, d'une syphilide pigmentaire, de modalité particulière. Elle consiste en une nappe grisâtre très marquée à la nuque et s'étendant, en affaiblissant sa teinte, sur les parties latérales et antérieure du cou, pour se perdre insensiblement sur la partie supérieure du dos et de la poitrine. Cette nappe grisâtre n'est pas uniforme; elle offre, en effet, sur toute sa surface des placards achromiques de diamètre variant de celui d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 1 franc. Fait particulier : ces placards achromiques entourent comme une lunule les macules brunes, vestiges de l'éruption papuleuse précédemment signalée. Cette disposition apparaît d'une façon extrêmement nette, sur les côtés du cou, rappelant certaine conception de la syphilide pigmentaire encore admise par quelques syphiligraphes étrangers.

Certaines macules de la racine du front, des bras et des cuisses, présentent, elles aussi, une lunule dépigmentée périphérique, mais à un degré beaucoup moins marqué qu'au niveau du cou. Notons enfin, dans l'étendue de la nappe pigmentaire de la nuque, quelques plaques achromiques de petites dimensions, qui ne paraissent avoir été précédées d'aucune efflorescence spécifique et qui rentrent dans le cadre de la syphilide pigmentaire normale.

M. Darier. — La peau est divisée en territoires distincts par les cônes

vasculaires d'irrigation directe, ces territoires, plus ou moins arrondis, étant séparés par un réseau d'irrigation anastomotique. On admet que les syphilides éruptives, érythémateuses et papuleuses, se développent au centre des territoires vasculaires directs, tandis que la syphilide pigmentaire occupe au contraire le réseau intermédiaire. Le cas actuel, quoique exceptionnel, fournit une démonstration très nette de la vérité de cette conception.

Eczéma généralisé consécutif à la résection de varices du membre inférieur gauche.

Par M. ALEX. RENAULT.

Le malade que j'ai l'honneur de vous montrer est atteint d'un eczéma généralisé. La rougeur des téguments, le suintement, les squames, les croûtes, ne laissent aucun doute à cet égard.

On remarque en outre, en examinant un peu plus attentivement le sujet, un certain degré d'atrophie du membre inférieur gauche, des cicatrices linéaires échelonnées le long de la veine saphène interne et enfin une cicatrice en cupule, du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, dans le voisinage de la malléole interne.

Assurément, ce n'est pas à cause de l'éruption que je vous présente ce malade. Il s'agit d'un eczéma vulgaire, banal, indigne de retenir votre attention. Mais c'est en raison des conditions dans lesquelles s'est développée cette dermatose et des problèmes de pathologie générale, aussi bien que de thérapeutique qu'elle soulève.

Voici en deux mots l'histoire de mon malade :

Il était porteur de varices aux membres inférieurs, avec prédominance très marquée à gauche.

Sous l'influence de ces varices, s'était développé, dans le voisinage de la malléole interne, un ulcère, dont je viens de vous montrer la cicatrice.

Cet ulcère, qui datait de la guerre de 1870, gênait beaucoup le sujet pour l'accomplissement de son métier (il est mégissier). Sans doute quand il prenait du repos et appliquait des topiques, la perte de substance se rétrécissait et tendait vers la cicatrisation, sans cependant parvenir à la réaliser. Mais à peine s'était-il remis au travail que l'ulcère revenait à ses dimensions premières avec la gêne et les douleurs que comporte semblable lésion.

Bref, le patient réclamait instamment une guérison définitive et dans ce but il entra à l'hôpital Cochin au mois de janvier dernier.

La résection de la veine saphène interne fut décidée et l'opération pratiquée le 8 avec un plein succès, ainsi que vous avez pu le constater. Le malade sortit parfaitement guéri le 8 février.

Mais dès le mois de mars paraissait à la jambe droite, c'est-à-dire du côté opposé au membre atteint, les premières plaques eczémateuses, et

rapidement l'éruption se propageait pour prendre l'extension dont vous venez d'être témoin.

Eh bien! je dis, Messieurs, que ce cas soulève un problème de pathologie générale et de thérapeutique. N'est pas variqueux n'importe qui. Assurément il y a des varices de cause mécanique, celles des femmes enceintes, des blanchisseuses, des facteurs de la poste ; bref, des individus que leurs occupations obligent à la station prolongée et répétée. Mais il faut bien reconnaître que les varices des membres inférieurs, aussi bien que les hémorrhoïdes, se rencontrent surtout chez les sujets entachés de cette diathèse, dénommée arthritisme, que l'on a trop de tendance, selon moi, à délaisser de nos jours.

Quoi qu'il en soit, on ne peut nier qu'un bon nombre d'individus présentent du côté de la peau, du côté des viscères, du système circulatoire ou de l'appareil locomoteur une série de manifestations morbides, qui coexistent, alternent ou se succèdent les unes aux autres.

Il était juste de donner un nom à ce complexus symptomatique et celui d'arthritisme a été consacré par l'usage.

Or, la dilatation précoce et permanente des veines est un de ces actes morbides. Il est donc rationnel de conclure que notre malade est un arthritique, car il n'est pas nécessaire, pour porter la signature de la diathèse, d'offrir l'ensemble des états morbides qui la caractérisent. Un seul de ces états suffit, les varices par exemple. C'est d'ailleurs le seul que présente notre malade. Mais si l'on veut acquérir une conviction plus positive de sa tare arthritique, cherchons dans ses antécédents héréditaires, nous apprendrons que sa mère et ses sœurs étaient affligées de migraines périodiques.

Eh bien, qu'arrive-t-il souvent lorsqu'on supprime une des expressions morbides de l'arthritisme? L'expérience de nos devanciers nous l'a appris : une répercussion plus ou moins violente sur un autre organe ou vers un autre viscère.

A notre avis, c'est ce qui est arrivé chez notre malade. Antérieurement, il n'avait jamais été atteint de dermatose; vous supprimez ses varices et guérissez son ulcère. Vous en voyez les conséquences.

J'ai dit en outre que ce cas soulevait un problème très intéressant de thérapeutique.

Faut-il intervenir de façon à supprimer complètement une lésion ancienne, en dépendance notoire avec une diathèse, ou chercher seulement à pallier ses funestes effets ?

La réponse à cette question doit être, il me semble, qu'entre deux maux, il faut choisir le moindre.

Si les moyens palliatifs, c'est-à-dire la simple compression, dans le cas particulier ne peuvent qu'être insuffisants, il faut intervenir,

mais à la condition de prévenir l'intéressé de toutes les conséquences possibles de la cure opératoire.

En cas de répercussion, votre client n'aura aucun reproche à vous faire.

Agir autrement serait encourir une responsabilité qui peut être sérieuse et s'exposer à la critique soudaine et plus irréfléchie que mal intentionnée, j'aime à le croire, de confrères appelés à voir ultérieurement le malade.

Dermite professionnelle et syphilide psoriasiforme.

Par M. ALEX. RENAULT.

En dermatologie, il faut se méfier des coïncidences morbides. Elles sont plus fréquentes qu'on ne pourrait le croire. Ainsi j'ai présenté ici-même, il y a quelques années, une malade atteinte de pityriasis rosé et simultanément de syphilis secondaire ; à peu de temps de là, une autre malade, chez laquelle on pouvait constater à la fois des accidents spécifiques tertiaires et un lichen plan de Wilson.

Permettez-moi de vous montrer un nouvel exemple de ces coïncidences morbides, qui, si le sujet n'est examiné très attentivement, échappent au médecin et peuvent avoir pour conséquence une insuffisance thérapeutique, très préjudiciable au malade.

Voici un homme âgé de 30 ans, plombier de son état. Veuillez examiner ses mains, vous reconnaîtrez d'emblée à la main gauche des lésions eczématiformes. A la face dorsale et aux doigts de la main droite, mêmes lésions. Mais regardez de très près la paume de cette main. Au lieu de constater, comme tout à l'heure, des plaques ou des nappes rouges, suintantes, squameuses, prurigineuses, vous trouvez des îlots secs, constitués par des squames stratifiées, bordés par une cassure épidermique et ne provoquant que très peu de démangeaisons ; bref, vous avez l'impression d'une lésion psoriasique.

Le siège dans la paume de la main, l'unilatéralité du processus vous portent d'emblée à soupçonner une syphilide psoriasiforme.

Bientôt votre hypothèse se transforme en certitude, grâce aux commémoratifs et à l'examen complet du malade.

Voici en effet l'histoire très intéressante de notre homme :

Il est atteint de syphilis depuis 10 ans. Le traitement suivi a été tout à fait insuffisant : au début, douze injections d'oxyde jaune de mercure, à raison d'une par semaine. Puis après deux ans de suspension, le malade a pris pendant deux mois de l'iodure de potassium et, les deux mois suivants, du sirop de Gibert. Là, s'est bornée la médication spécifique qui vient seulement d'être renouvelée.

Les lésions psoriasiformes de la main droite ont débuté il y a huit ans

et persistent depuis, sans modification appréciable, ne causant ni gêne, ni prurit réels.

La nature de ces lésions est encore confirmée par l'existence de cicatrices pigmentées, d'apparence franchement spécifique, à la partie inférieure de la jambe gauche.

Tout autre est l'origine du processus eczémateux, qui, lui, ne date que de quelques mois et est advenu dans les circonstances suivantes :

Vers la fin de décembre 1897, le malade, pressé de terminer un travail dont on l'avait chargé, a dû se servir, contre son habitude, de ciment romain, matière argilo-calcaire très irritante.

Au bout de très peu de jours apparaissaient les plaques suintantes et prurigineuses que je viens de vous montrer.

Vous voyez combien il importait, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, de distinguer la double lésion dont ce malade est porteur aux mains. La plus ancienne, rebelle, tenace, nécessitera, pour se guérir, une médication interne et externe, à la fois énergique et prolongée, sous peine de récidives incessantes ; la seconde, au contraire, ne demande qu'à disparaître ; la suspension de la cause provocatrice et quelques pommades astringentes en feront rapidement justice.

Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive.

Par M. GÉMY.

Les observations de syphilis héréditaire à manifestations tardives deviennent de plus en plus nombreuses, et il ne se passe pas de jour qu'il n'en soit parlé dans une Société médicale en France et à l'étranger, ou qu'il n'en soit publié quelques cas dans un journal de médecine.

Aussi, lorsqu'on se décide à faire connaître une de ces observations que l'on croit intéressante à un titre quelconque, risque-t-on fort de n'ajouter au chapitre de l'hérédo-syphilis qu'une unité banale qui n'a que la valeur d'une expression arithmétique.

Je crois cependant que l'histoire que je vais raconter n'est pas commune et, dans mes recherches un peu restreintes il est vrai, je n'ai rien trouvé, dans la littérature spéciale, qui puisse lui être comparé. C'est à ce titre que je la crois intéressante, instructive et digne d'être communiquée à la Société de dermatologie.

Voici le fait :

L'enfant Félix Sub..., âgé de 9 ans, entre, le 7 octobre 1895, à l'hôpital de Mustapha, dans le service de mon regretté collègue et ami le Dr Caussanel, chargé de la clinique complémentaire des maladies des enfants, pour un double entropion.

C'est un enfant chétif, débilité, malingre, aux cheveux noirs et fournis, assez grand pour son âge mais aux membres grêles.

En l'examinant, le Dr Caussanel remarque, disséminées sur la surface du corps, des taches pigmentées sur la nature desquelles il me pria de lui donner mon avis.

Le 26 octobre je constate : une alopécie des sourcils très prononcée à leur partie interne. L'enfant ouvre difficilement les paupières qui sont atteintes d'un entropion qui a dépoli et ulcéré la cornée.

Sur les bras et à leur partie externe, existent trois placards de la dimension d'une pièce de cinq francs, à peu près circulaires mais à bords un peu irréguliers. Ces placards sont constitués par une partie centrale légèrement achromique, c'est-à-dire d'une coloration plus pâle que celle de la peau normale, partie centrale circonscrite par une zone pigmentée, couleur café au lait à nuances plus ou moins foncées et d'une largeur de 2 à 4 millimètres. Sur la partie centrale achromique persistent quelques taches lenticulaires d'une coloration semblable à celle de la bordure.

Ces placards ont pour origine une tache pigmentée de la dimension d'une lentille, tache qui s'accroît petit à petit pour arriver aux dimensions que je viens d'indiquer. A ce moment la pigmentation disparaît à la partie centrale qui devient achromique et présentant encore quelques îlots pigmentés non encore résorbés comme la zone de bordure.

On surprend ce développement des taches et cette formation des placards surtout sur les membres inférieurs. Sur ceux-ci, en effet, existent des taches dont la dimension varie de celle d'une lentille à celle de la paume de la main. Quelques-unes d'entre elles sont nettement érythémateuses, mais elles ne tarderont pas à se pigmenter comme les autres. En progressant, quelques-unes d'entre elles se rejoignent, se pénètrent et deviennent alors des placards de grande dimension qui présentent les formes les plus variées, mais toujours géométriques.

La région fessière gauche est envahie par un de ces placards constitué par une partie centrale pigmentée entourée d'une zone de bordure de cinq centimètres de large complètement achromique. Celle-ci est elle-même circonscrite par une troisième zone de forme annulaire et pigmentée comme la partie centrale, si bien qu'on a devant les yeux une immense cocarde.

Sur la partie moyenne de la cuisse gauche, un autre placard représente, par la juxtaposition de taches initiales, un gigantesque as de trèfle.

Sous tous ces placards, sous toutes ces taches la peau est parfaitement souple, ne présente aucune trace d'infiltration et, à part la pigmentation et l'achromie, est anatomiquement tout à fait normale.

Du reste, pour compléter cette description forcément insuffisante, j'ai l'honneur de faire passer sous les yeux de mes collègues, les photographies de ce jeune malade, photographies prises par mon ami et collaborateur le Dr H. Vérité, le jour même de l'examen dont j'expose le résultat et qui rendent un compte autrement exact des lésions dont je viens d'esquisser le tableau.

Sur quelques-unes de ces taches et sur leur partie achromique, on remarque quelques petites cicatrices de la dimension d'une pièce de vingt centimes en argent à celle d'une pièce de un franc. Ces cicatrices sont déprimées, blanchâtres et très minces. Leurs bords sont nettement des-

sinés, parfaitement réguliers. Je ne trouve, au moment de mon examen, aucune lésion élémentaire en activité pouvant me renseigner sur leur origine. Sur aucun point du corps je ne trouve trace de papule, de vésicule, de pustule ou de bulle. D'ailleurs la mère nous affirme que ces taches n'ont jamais été humides. Sur la face et le cuir chevelu se trouvent de nombreuses cicatrices lenticulaires, résidu d'une variole dont je parlerai tout à l'heure.

Toutes ces taches ont conservé leur sensibilité normale et ne présentent ni anesthésie ni hyperesthésie.

Les organes internes sont sains.

A l'époque où j'examinais ce malade, je m'occupais beaucoup de la lèpre et je fus frappé de la ressemblance que présentaient ces lésions avec celles qui sont reproduites sur la planche 2 du *Traité de la lèpre* du professeur Leloir : mêmes dimensions des placards, même irrégularité de leurs bords, même coloration des taches et de la zone de bordure, mêmes lésions élémentaires ressemblant à celles du lentigo, la pensée que j'avais affaire à une lèpre maculeuse devait naturellement me venir à l'esprit.

Et cependant rien dans les antécédents de cet enfant, dont les parents sont originaires de l'Ariège et depuis plus de trente ans en Algérie, rien dans le quartier qu'il a toujours habité au point de vue de la contagion, ne venait confirmer ce diagnostic.

J'ouvre ici une parenthèse : Depuis l'époque où ces notes ont été recueillies, j'ai constaté, dans ce quartier, la présence de deux cas de lèpre tuberculeuse ; un surtout est intéressant en ce qu'il est fourni par une femme âgée de 17 ans, née à Blida de parents d'origine espagnole. Elle a fait le sujet de la IVe observation que le Dr Glorge a insérée en 1889 dans sa thèse magistrale sur la lèpre en Algérie ; elle avait été contaminée dans son enfance par sa grand'mère lèpreuse qui l'élevait.

Revenant à l'histoire de mon jeune malade, j'ajoute qu'il ne présentait aucune plaque d'anesthésie, ni atrophie des éminences ou des interosseux, ni nodosités du cubital.

Le diagnostic de lèpre devait donc être écarté.

Il ne fallait pas songer non plus à une dermatose quelconque : lichen, pityriasis rubra, eczéma, vitiligo, morphée, xeroderma pigmentosum, etc. ; les lésions constatées ne présentant aucun des éléments constitutifs de ces affections.

Ces taches ne présentaient aucun phénomène subjectif. Il n'y avait ni sensation de brûlure ou de prurit, la vue seule permettant d'en constater l'existence.

Restait la syphilis.

Du côté des parents je relève les renseignements suivants :

La mère est âgée de 39 ans, elle n'a jamais eu de *mauvaise maladie*.

Elle a eu une péritonite à la suite de sa première couche, péritonite qui a guéri en trois semaines. Elle n'a pas fait d'autres maladies. Je n'ai trouvé sur elle ni cicatrices, ni résidu quelconque d'une syphilis antérieure.

Le père n'a jamais eu de boutons sur le corps, mais il a fait plusieurs bronchites et il est actuellement (octobre 1875) en traitement à l'hôpital pour une pneumonie. Je dois ajouter, pour n'avoir plus à y revenir, qu'il est mort de tuberculose en janvier 1898.

Ils sont mariés depuis 16 ans et ont eu quatre enfants : deux garçons et deux filles; il n'y a *jamais eu de fausse couche.*

De ces quatre enfants, les deux filles sont mortes, l'aînée, d'une méningite à l'âge de 18 mois; la seconde, de la variole à l'âge de cinq ans. Les deux garçons sont vivants ; le plus jeune âgé de quatre ans a toujours été bien portant jusqu'à ce jour; l'autre, notre malade, âgé de neuf ans, a eu la variole il y a six ans, en même temps que sa sœur. Les deux enfants n'avaient jamais été vaccinés, parce que, me dit la mère, le vaccin avait fait mourir une de ses nièces.

Du côté de l'enfant, j'apprends, toujours par la mère, que ce sont les pustules varioliques qui ont occasionné l'entropion pour le traitement duquel il a déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital. C'est à cette époque également que remonte l'apparition des taches pigmentaires que je viens de décrire.

Cet enfant ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire. La tête est bien conformée, il n'existe pas d'asymétrie faciale, pas d'otorrhée ni ancienne ni récente; les dents sont au complet, bien plantées et ne sont atteintes d'aucune malformation. Le nez est aquilin et bien fait, la voûte palatine peut-être un peu bombée. Pas de cicatrices sur le corps autres que celles que j'ai signalées, et sa mère m'affirme formellement que, ni au moment de la naissance ni dans les mois suivants, l'enfant n'a présenté de rougeurs, de boutons, d'érosion ni sur la face ni sur les autres parties du corps. Les tibias sont normaux. D'ailleurs la photographie, prise à ce moment, témoigne de l'intégrité du squelette.

C'est un strumeux, candidat de la tuberculose, mais je ne lui trouve aucune tare que je puisse attribuer à l'hérédité syphilitique, et les antécédents morbides de ses parents n'offrent aucune particularité qui puisse être attribuée à la syphilis.

La conclusion de ces recherches négatives fut que j'ignorais de quel nom je devais qualifier l'affection qui m'était présentée, et le malade fut soigné pour son ophtalmopathie.

Dans les commencements de 1897, je revis encore une fois ce jeune malade quoique, dans l'intervalle, il eût fait plusieurs séjours à l'hôpital, entre autres en février 1896, pour une bronchite. Pendant qu'il faisait cette bronchite, il perdit son œil gauche qui se vida sans doute à la suite de la perforation de la cornée, je n'ai pu avoir de renseignements sur ce point. En février 1897 donc, lors de mon deuxième examen, je ne pus rien constater de nouveau, les taches seulement avaient peut-être revêtu une teinte un peu plus accentuée.

Dans les premiers jours de janvier 1898, je fus invité à revoir cet enfant qui venait de se faire hospitaliser pour la septième fois depuis 1893, mais cette fois porteur de lésions qui avaient tout à fait fixé le diagnostic.

En effet, les anciennes lésions déjà décrites n'avaient subi aucune modification, mais il en était survenu de nouvelles absolument typiques : les tibias avaient considérablement augmenté de volume et pris la forme de lame de sabre classique, ainsi que le montre la photographie. Lorsqu'on compare la photographie prise en octobre 1895 et celle de février 1898, on peut constater cette importante modification. Les membres inférieurs portaient quelques gommes ulcérées, des tubercules s'étaient développés sur la face, et la voûte palatine était devenue ogivale, avec crête osseuse médiane de deux à trois millimètres de hauteur. De plus, un des placards pigmentaires de la cuisse droite présentait une cicatrice blanchâtre d'ulcération gommeuse en nappe actuellement guérie.

Le diagnostic s'imposait, et M. le professeur Curtillet, qui a succédé au Dr Caussanel, avait déjà fait faire une injection de calomel à trois centigrammes.

La deuxième photographie a été prise en février 1898, après la quatrième injection.

Si on compare les deux photographies prises à deux ans et demi d'intervalle, on peut voir que sur la deuxième les taches pigmentaires présentent une teinte très atténuée et presque complètement effacée sur certaines d'entre elles.

Ce jeune et intéressant malade est sorti de l'hôpital le 10 mars 1898, après avoir reçu six injections, à peu près guéri de sa kératite et de son entropion ; les gommes sont cicatrisées, les taches pigmentaires ont à peu près toutes disparu, seules les lésions du squelette n'ont pas été influencées par le traitement qui aurait dû être poursuivi plus longtemps, ce qui n'a pu être fait, la mère ayant voulu reprendre son enfant.

Ce que je veux retenir de cette observation dont l'intérêt, je l'espère du moins, excusera la longueur, c'est que :

1° Les premières manifestations d'une hérédo-syphilis, méconnue pour les nombreuses raisons que j'ai examinées, se sont produites à l'âge classique de 6 ans mais après une atteinte de variole, sous la forme d'une syphilide pigmentaire d'aspect absolument insolite et d'une ophtalmopathie double dont l'apparition, après une variole qui avait surtout intéressé la face, a égaré le diagnostic étiologique.

2° Que cette syphilis héréditaire continuant à évoluer, puisqu'il ne lui avait pas été opposé de traitement spécifique, a produit ses autres manifestations à l'âge de 11 ans, mais alors avec tous les caractères classiques qui ont rendu possible un diagnostic ferme.

Peut-être est-il permis de tirer un enseignement de cette observation. Lorsqu'on se trouve en présence d'une dermatose à forme insolite chez l'enfant et même chez l'homme adulte, il faut toujours penser, comme étiologie, à l'hérédo-syphilis malgré l'absence absolue de stigmates spécifiques aussi bien chez le malade que chez ses parents.

Il est certain que si je m'étais inspiré de cette vérité, qui peut paraître banale, j'aurais pu au moment de mon premier examen consulter le traitement d'épreuve qui aurait certainement empêché l'apparition des lésions osseuses, gommeuses et tuberculeuses survenues ultérieurement et conservé son œil à ce malheureux enfant.

Note sur l'histologie des scarifications et leur réparation.

Par MM. Ch. Audry et Thévenin.

Voici quelques renseignements relatifs au processus histologique suivant lequel se réparent les scarifications linéaires de la peau. On sera peut-être amené ultérieurement à les rapprocher des travaux nombreux qui ont pour but l'étude de la cicatrisation ; en particulier on devra les comparer aux résultats déjà obtenus et publiés par Ranvier au cours de ses recherches sur la réparation des épithéliums. Nous désirons seulement ici fournir aux dermatologistes des notions exactes sur une intervention que tous pratiquent journellement et qui n'est pas suffisamment connue dans ses détails d'anatomie et de physiologie.

Les scarifications ont été exécutées avec des scarificateurs lancéolés, d'acier chromé, très mince, que nous avons fait fabriquer pour notre usage. Elles occupaient la peau du sein de deux femmes atteintes de carcinome mammaire et qui allaient être opérées. Elles étaient parallèles ou quadrillées. Quand les pièces furent fixées (immédiatement après l'ablation de la mamelle), les scarifications dataient de : 1 heure, 24 heures, 48 heures, 3 jours, 4 jours.

Les pièces furent fixées : partie par le Flemming, partie par l'alcool fort, incluses dans la paraffine (après passage dans l'essence de cèdre) et coupées en série.

Coloration : safranine et vert brillant ; liquide de Ziehl et vert brillant ; méthode de Weigert. — Bleu polychrome, orange et Wasserblau et fuchsine au tannin.

Nous devons d'abord déclarer que toutes les scarifications ne se comportent pas d'une manière absolument pareille. De même que leur profondeur et leur direction initiales varient, de même il peut exister quelques variations dans l'activité de leur réparation. Néanmoins, nous pensons qu'on peut considérer comme très générales les quelques données que nous fournissons ici.

Après 1 heure. — A ce moment on peut surtout prendre connaissance des désordres mécaniques entraînés par l'action du scarificateur.

Chaque scarification apparaît comme une division nette, le plus souvent oblique par rapport à la direction générale de l'épiderme, quelquefois, à peu près perpendiculaire. Sa profondeur varie peu ; généralement elle atteint à peine le derme sous-papillaire et s'arrête au niveau du plan vasculaire.

Dans l'épithélium, il faut se demander si la section porte sur les cellules mêmes ou si elle glisse entre les cellules. Il est manifeste qu'elle porte en plein corps cellulaire. Parfois elle sépare un tout petit fragment de protoplasma du bloc cellulaire. Ce fragment se reconnaît très bien, et le ciment intercellulaire qui l'unit aux cellules voisines présente encore fort bien les filaments unitifs (pointes de Schultze). En général, il ne semble pas qu'aucun changement se soit effectué dans les cellules du voisinage : en d'autres termes, aucun processus de contractilité ou mieux de rétraction protoplasmique n'apparaît par l'examen soigné du ciment. On note cependant que les noyaux immédiatement adjacents à la section sont plus petits, plus ronds, plus colorés, comme rétractés. Nulle part, nous n'avons vu de noyau atteint directement, divisé ou mutilé.

Dans le derme, la fente se prolonge, généralement un peu plus large qu'à travers l'épithélium.

Dans l'épithélium, il y a purement et simplement perte de substance ; dans le derme, cette perte de substance se remplit mais très incomplètement. D'ordinaire on y trouve seulement quelques coagula mal définis, semés de gouttes graisseuses très fines. Rarement, tout à fait au fond, nous avons découvert des amas de globules rouges récents. Il est très probable que cette vacuité est due à ce que l'on a vidé les fentes du sang qu'elles contiennent quand on a lavé et désinfecté la région qui allait être opérée.

Après 24 heures. — Au bout de 24 heures, les bords de la section de l'épithélium sont réunis. On voit ce qui suit :

1° Extérieurement à la couche cornée même, on note souvent, sinon toujours, l'existence d'une sorte de clou fibrineux fortement coloré par tous les réactifs, de structure feuilletée, à peu près complètement dépourvu de tout élément cellulaire. Il déprime légèrement l'épiderme au niveau du point où portait la section.

2° L'épithélium même, nous venons de le dire, est réuni. C'est la couche épineuse qui est le siège de cette soudure. Les cellules sont revenues au contact les unes des autres. Elles sont arrondies, fortement vacuolées. Il est très difficile de bien voir à ce moment les filaments unitifs ; les éléments sont tassés assez irrégulièrement ; ils ont comme coulé les uns sur les autres ; ils se sont éboulés, pour employer une expression utilisée par Ranvier.

Cette réunion a lieu sur toute l'épaisseur de l'épiderme ; même celui-ci tend à présenter une sorte d'invagination pseudo-papillaire dans la cavité par la scarification dans le derme.

La limite inférieure de l'épithélium est irrégulière, dentelée suivant les cellules ; celles-ci sont arrondies, séparées les unes des autres par des filaments d'exsudats fibrineux qui leur font comme des alvéoles. On ne peut pas retrouver de trace de membrane vitrée.

3° La fente du derme est assez large, immédiatement au-dessous de

l'épithélium ; elle est mal remplie par ce coagulum fibrineux alvéolé que nous avons vu entrer au contact des derniers plans de cellules muqueuses. Les éléments cellulaires y sont rares. Cependant on remarque que le fond même de la scarification s'est rétréci. Les capillaires et les lymphatiques voisins présentent des signes de diapédèse active. Quelques cellules détachées de l'épiderme s'enfoncent dans la profondeur.

Ainsi la réunion est faite après 24 heures dans l'épithélium et c'est par lui qu'elle débute.

Après 48 heures. — Tous les phénomènes que nous venons de signaler s'affirment et se développent.

1° L'épithélium dans ses plans moyens est presque revenu à la normale ; les pointes de Schultze sont déjà très apparentes. L'invagination pseudo-papillaire se poursuit, et une sorte de bouchon épithélial s'enfonce dans la profondeur, contribuant ainsi pour une large part à oblitérer la fente du derme. Il n'y a toujours pas de basale appréciable. Les cellules des plans les plus inférieurs sont dissociées, ou mieux, réunies par des alvéoles fibrineux. L'examen des mitoses ne nous a pas non plus fourni des renseignements bien nets. Cependant on peut affirmer que les figures de division sont beaucoup plus nombreuses que d'ordinaire dans les cellules de la couche cylindrique génératrice qui répondent au voisinage immédiat de la scarification.

A ce moment les couches cornées sont complètement rétablies.

2° La fente du derme se rétrécit dans la profondeur ; elle est maintenant complètement remplie partie par la dépression de l'épithélium, partie par le coagulum ; celui-ci se tasse, se serre. Il y a au pourtour une diapédèse un peu plus active.

Les cellules épithéliales aberrantes dans le fond sont plus nombreuses.

Après 3 jours. — 1° L'état de l'épithélium est sensiblement le même. Il serait normal si la basale était reconstituée. Mais les cellules profondes sont toujours au contact immédiat du coagulum intra-dermique.

2° La fente du derme est considérablement diminuée ; le coagulum persiste, mais plus dense et moins étendu.

Ce qui frappe, c'est la constatation d'îlots épithéliaux détachés, perdus dans les lymphatiques, résorbés comme des cellules d'épithélioma. On trouve ainsi en plein derme des amas de 4 ou 5 cellules du corps muqueux absolument conservées, avec leurs filaments unitifs caractérisés.

Après 4 et 5 jours. — On note simplement les mêmes phénomènes que précédemment, mais de plus en plus avancés. On retrouve encore des traces de la scarification grâce à la persistance d'un tout petit bouchon fibrineux sous-épithélial. La basale n'est pas restituée. Çà

et là encore quelques cellules épithéliales emportées dans le torrent lymphatique.

Nous n'avons pas de renseignements relatifs à des scarifications plus anciennes. Nous ignorons l'époque à laquelle se reconstitue la vitrée. Mais nous avons l'intention de reprendre cette dernière étude. Il nous paraît que c'est la meilleure technique à suivre pour arriver à se faire une idée précise de la nature et de l'origine de ces membranes basales sur lesquelles nous avons si peu de notions certaines.

En résumé :

1° La section des scarifications passe en plein corps épithélial ;

2° Au bout de 24 heures, l'épithélium est réuni : à ce moment, le derme est loin de l'être;

3° Il n'y a de véritable réunion immédiate que pour l'épithélium; le derme se réunit indirectement après oblitération de la fente par un bouchon fibrineux ;

4° Au bout de 5 jours, il reste des traces de la section du derme ;

5° Au bout de 5 jours, la basale n'est pas restituée;

6° La scarification s'accompagne de la luxation dans la profondeur du derme d'un certain nombre de cellules du corps muqueux ;

7° Ces cellules sont résorbées et emmenées par les lymphatiques.

La ceyssatite.

Par M. Veyrières.

Voir page 423.

M. Darier. — J'avais été frappé depuis longtemps des avantages que les dermatologistes allemands reconnaissent à la terre d'infusoires (*terra silicea*, *Kieselguhr*, *Infusorienerde*), comme poudre absorbante et comme élément constituant des pommades et surtout des pâtes. Je cherchais à m'en procurer lorsque notre excellent confrère, le Dr Veyrières, est venu me présenter un échantillon de sa ceyssatite.

J'ai aussitôt étudié cette matière et j'ai prié mon interne en pharmacie, M. Méténier, d'en faire l'analyse. Voici, d'après la note qu'il m'a remise, sa composition chimique (après passage au tamis pour séparer les impuretés grossières, telles que radicelles, etc.) :

Silice	64,570
Eau	7,130
Chaux	2,850
Fer	5,650
Magnésie	6,480
Matières organiques	7,330

A l'examen microscopique, on la trouve exclusivement formée de carapaces creuses de diatomées d'une délicatesse incroyable.

Je puis confirmer tout ce que M. Veyrières vient de nous dire relativement aux propriétés physiques de cette terre, sur sa résistance aux hautes températures, sur son énorme pouvoir absorbant qui est dû à sa constitution physique. J'ajoute qu'incorporée à des matières grasses ou à des pommades quelconques dans la proportion de 10 p. 100, elle les transforme en pâtes très onctueuses, très adhérentes, ayant du « corps » et « couvrant bien », qualités indispensables d'une bonne pâte. Par contre, je trouve peu avantageux de dissoudre la ceyssatite pour la reprécipiter sous forme de silice gélatineuse, qui n'a plus les mêmes propriétés physiques.

La ceyssatite a donc à peu près les mêmes qualités que la *terre d'infusoires* des Allemands (celle-ci est composée de carapaces de radiolaires et de foraminifères au lieu de diatomées). La teneur en oxyde de fer de notre terre fossile française ne me semble avoir aucun inconvénient ; au contraire, car sa coloration rosée après calcination modérée lui donne une teinte voisine de celle de la peau. Enfin, le prix de revient de ce produit sera évidemment des plus minimes.

M. Fredet. — Sans vouloir diminuer en rien l'intérêt que présente la communication de M. Veyrières, je tiens à faire connaître à la Société que, il y a une dizaine d'années, j'ai adressé à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un travail sur le même sujet, portant pour titre : « De la Randannite ». Dans cette note, que l'on peut retrouver dans les comptes rendus de la Société des hôpitaux, j'indiquai que l'on rencontrait cette substance dans divers points de l'Auvergne, mais notamment à Randanne, d'où le nom de *Randannite*. Ceyssat, les environs de St-Saturnin, étaient aussi signalés par moi, comme des endroits où l'on trouve de la Randannite.

Et après avoir indiqué sa composition chimique et son analyse microscopique que voulut bien me compléter, après ma communication, un médecin de Saint-Brieuc, le Dr Lenduger-Formorel, dont les travaux en histoire naturelle sont très connus, je signalai à la Société des hôpitaux les emplois thérapeutiques possibles de cet agglomérat de diatomées, notamment son utilisation comme poudre *absorbante* et inerte, comme isolant, son association avec d'autres substances pulvérulentes, liquides ou semi-liquides, et en même temps, je faisais déposer sur le bureau de la Société divers échantillons de cette substance en nature ou composée, notamment du silicate de potasse obtenu dans le laboratoire de M. Huguet, pharmacien à Clermont.

Ces réserves faites, je m'associe entièrement à ce que vient de nous dire M. Veyrières, et je reconnais avec lui que, dans un certain nombre d'affections de la peau, l'on pourrait employer utilement la randannite ou la ceyssatite, suivant qu'on voudra donner l'un ou l'autre nom à ces débris d'infusoires ou diatomées.

M. Vérité. — Les paysans des environs de Randanne l'emploient depuis très longtemps et en donnent aux Auvergnats pour les dermatoses.

Le secrétaire,
L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ HONGROISE DE DERMATOLOGIE ET D'UROLOGIE

Séance du 14 janvier 1897.

Dermatite exfoliatrice.

M. Schwimmer présente un malade atteint depuis trois ans d'éruptions confluentes très prurigineuses, squameuses. Pas d'antécédents héréditaires. Actuellement la peau tout entière est uniformément rouge, nombreuses squames, principalement sur le dos, l'abdomen et les membres inférieurs. Les ongles forment des masses cornées, saillantes, coniques, avec sillons de 2 à 6 millimètres.

M. Török fait remarquer que dans les cas de ce genre, le plus souvent on a affaire à un psoriasis vulgaire.

M. Justus partage entièrement l'opinion de Schwimmer, que le diagnostic de dermatite exfoliatrice est un diagnostic d'attente.

Syphilis maligne.

M. Schwimmer présente un marin, âgé de 30 ans, qui a contracté en janvier 1896 un chancre du sillon coronaire qui se cicatrisa dans l'espace de deux semaines. En avril de la même année il survint un chancre induré, avec tuméfaction des ganglions inguinaux. Fin juillet, vives douleurs dans le pharynx, qui cédèrent à un traitement local de courte durée. Au mois de décembre 1896, violentes douleurs de tête et du pharynx ; sur différentes régions, exanthème rouge-brun, nettement circonscrit, à plaques arrondies, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, saillantes de 2 à 3 millimètres au-dessus de la peau, dont la surface granuleuse ressemble à celle d'une fraise.

Au méat, ulcère dur à bords saillants et fond purulent. Engorgement modéré des ganglions inguinaux ; muqueuses normales.

M. Rona pense que la tuberculose est une des causes du tertiarisme précoce. Contre l'opinion de Tarnowski qu'il s'agirait d'une infection mixte dans la syphilis maligne, il y a d'abord que nous ne sommes pas à même de constater l'action simultanée du virus syphilitique et des staphylocoques.

M. Justus partage l'opinion de Tarnowski en s'appuyant sur l'examen d'une sclérose excisée, non ulcérée, dans laquelle il trouva des staphylocoques.

M. Schwimmer ne croit pas que l'alcoolisme et la tuberculose jouent un rôle très important dans l'étiologie de la syphilis maligne.

Maladie de la peau chez une fille atteinte d'hystérie.

M. Schwimmer présente une fille, âgée de 15 ans, portant sur le bras droit de larges plaques allongées, du rouge rose au rouge foncé, nettement limitées, et quelques lésions recouvertes de croûtes brunâ-

tres, de forme variable, saillantes. Sur le bras gauche, le thorax et à la face, quelques plaques recouvertes de squames blanches, fines. L'orateur a pu constater encore des formes de transition : dans les taches érythémateuses aiguës il se développait en douze heures environ quelques saillies punctiformes qui se transformaient en vésicules séreuses de la grosseur d'une tête d'épingle, dont le contenu se transformait en un liquide purulent ou sanguin purulent — ce qui expliquait la formation des croûtes. Il y avait des sensations de brûlure, et de la sensibilité, mais pas de prurit, nulle part on ne trouvait de lésions de grattage. L'état resta le même pendant les cinq semaines de séjour de cette malade à l'hôpital.

En raison des symptômes subjectifs, on pouvait admettre comme cause des troubles d'innervation.

M. Török. — Les malaises subjectifs intenses, le développement des lésions polymorphes par poussées, l'état général satisfaisant, correspondent à la dermatite herpétiforme, mais contre ce diagnostic il y a le groupement et le caractère plutôt urticarien des lésions, particulièrement leur disparition rapide. Le diagnostic d'urticaire bulleuse, vésiculeuse est tout aussi vague.

M. Nékam pense qu'il s'agit d'une angionévrose d'origine centrale ; a-t-on observé des modifications dans les organes internes ?

M. Schwimmer est d'avis que la maladie ne ressemble à aucune des affections citées par Török et que dans ce cas l'agent morbide serait un trouble dans le système nerveux.

Leucémie de la peau.

M. Schwimmer présente un malade que Nékam a montré il y a quelques semaines à l'Association royale des médecins avec le diagnostic de leucémie de la peau. Selon l'orateur, il s'agirait d'un lympho-sarcome, diagnostic qui a été confirmé par l'examen histologique fait par Justus.

M. Justus. — Dans le fragment de peau excisé on voit dans le tissu sous-cutané un infiltrat nettement circonscrit qui s'étend vers la partie papillaire du derme. Cet infiltrat consiste en cellules rondes à gros noyaux fortement colorés, contenant peu de protoplasma ; elles sont très confluentes sans tissu intercellulaire, ce n'est que vers la portion papillaire du derme qu'elles sont moins compactes. Dans les coupes on aperçoit entre les cellules rondes un réseau conjonctif fin, avec des espaces irréguliers dans lesquels les cellules sont encastrées. Les cellules ne sont nullement en rapport avec les vaisseaux sanguins ou des tumeurs préformées de la peau. Dans des coupes colorées avec une solution aqueuse de safranine et d'aniline, on voyait distinctement de nombreuses mitoses. Le diagnostic microscopique était par suite lympho-sarcome.

M. Havas regarde ce cas comme un mycosis fongoïde, l'examen des préparations de Nékam l'ont confirmé dans cette opinion.

M. Nékam ne peut classer ce cas dans aucune des quatre variétés de mycosis fongoïde qui ont été décrites, ni dans les cinq catégories de sarcome indiquées par Unna. Suivant lui, il correspond aux tumeurs leucémiques mentionnées par Biesiadecki, car ces dernières sont des tumeurs indolentes, rougeâtres, molles, avec ombilic au centre. Le microscope montre

que les tumeurs prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire dans les couches supérieures du pannicule graisseux pour atteindre le derme sans toutefois envahir la partie papillaire. On n'y trouve pas de mitoses; les tumeurs sont formées de cellules lymphatiques vraies, émigrées des vaisseaux sanguins et qu'il faut regarder comme des dépôts leucémiques du sang.

M. Schwimmer trouve que les caractères cliniques sont semblables à ceux du mycosis fongoïde, on peut même reconnaître aux jambes la période eczématique de cette maladie.

L'examen histologique montre un lympho-sarcome. En général d'ailleurs les tumeurs leucémiques n'atteignent pas le volume de celles qu'on observe chez ce malade.

M. Justus fait encore remarquer que les infiltrations ne suivent pas le trajet des vaisseaux. La présence d'un assez grand nombre de mitoses est en opposition avec l'hypothèse de Nékam.

Prurit de l'entrée du vagin et du périnée avec kraurosis commençant consécutif.

M. S. Rona présente une servante de 27 ans. Depuis trois semaines, cette malade éprouve un prurit modéré à la vulve et à l'anus, comme si elle avait des vers. Les plis de la région anale, la peau du périnée sont gris ardoisé, épaissis, excoriés en quelques points. L'entrée du vagin est gris blanchâtre, la muqueuse rugueuse, fendillée, par places, recouverte de traînées cornées blanches, épaisses. Blennorrhagie uréthrale. L'aspect est celui du prurit périnéal et anal de l'homme, avec cette différence que chez cette malade la muqueuse est devenue rigide et qu'il y a une hypertrophie considérable des cellules cornées. Rona est d'avis que dans bon nombre de cas la cause du kraurosis de la vulve serait une lichénification et une infiltration du tissu conjontif consécutives à des irritations mécaniques. On a regardé à tort ces lésions comme étant de nature syphilitique.

M. Temesvary fait remarquer que les gynécologues n'admettent pas le kraurosis consécutif au prurit et regardent ce cas comme de la vulvite prurigineuse.

M. Rona. — Les gynécologues ne sont pas d'accord sur ce qu'ils entendent sous le nom de kraurosis; Fritsch et d'autres auteurs admettent un kraurosis consécutif au prurit.

Séance du 11 février 1897.

Lupus érythémateux papuleux.

M. Schwimmer présente un homme de 34 ans, ayant depuis trois ans des lésions qui ont débuté sur les deux joues par une petite tache rouge avec prurit léger et desquamation, puis ont gagné le visage tout entier, les oreilles et la nuque.

Actuellement les joues et le dos du nez sont rugueux, le bord de l'exanthème arrive jusqu'à la paupière inférieure. Les parties malades sont, par places, rouge vif et le siège de quelques papules isolées ou confluentes, séparées par de petits sillons. Desquamation de toute la région envahie; les oreilles présentent les mêmes lésions. Derrière les oreilles, plaques

de plusieurs centimètres de longueur, résultant d'une hypertrophie extraordinaire de la couche cornée. Quelques points atrophiés sur le côté droit du cou. Front et cuir chevelu intacts.

Épithéliome traité par le bleu de méthyle.

M. Schwimmer présente un homme de 60 ans, atteint d'épithélioma à la commissure palpébrale interne droite de 5 à 6 centimètres d'étendue.

Avant toute intervention chirurgicale, l'auteur a essayé un traitement avec une solution de pyoctanine à 1 p. 100. Ce traitement au bout de douze jours a donné de très bons résultats, le milieu de l'épithéliome est déjà recouvert de granulations.

M. Herzel fait remarquer que les épithéliomes de la peau, notamment ceux de la face, sont relativement de bonne nature et peuvent guérir avec de légers caustiques. Toutefois le traitement par le bleu de méthyle donne de bons résultats qu'il faut attribuer à l'action désinfectante et astringente du bleu de méthyle.

M. Schwimmer ne conteste pas que l'ulcus rodens ne s'améliore avec de simples soins de propreté ; cependant les résultats ne sont jamais aussi satisfaisants qu'avec le bleu de méthyle.

M. Nékam a obtenu une amélioration locale avec le violet de méthyle dans un cas de mélano-sarcome; toutefois il se produisit des métastases dans le foie et le malade succomba.

M. Török a traité avec succès plusieurs cas d'ulcus rodens par l'acide chromique et le bleu de méthyle, sans récidive.

M. Justus a observé un carcinome très étendu de la peau, avec sécrétion très fétide. Des injections et des badigeonnages avec le bleu de méthyle firent disparaître cette mauvaise odeur en peu de temps.

Syphilis léontiasiforme.

M. Schwimmer présente un homme de 37 ans, père de cinq enfants, dont quatre sont vivants et bien portants, un est mort à l'âge de 6 mois. Atteint depuis six mois de lésions syphilitiques généralisées qui, sur le front et le dos du nez, rappellent celles de la lèpre tubéreuse.

Psoriasis atypique.

M. Rona a observé sur une prostituée de 18 ans et entrée dans son service pour une blennorrhagie, un exanthème à petites papules autour des mamelons et sur la moitié gauche du dos, datant de quelques jours. Sur les deux seins il y avait 8 à 10 petites papules, rouge pâle, avec légère desquamation, rappelant le pityriasis rosé ; plus tard, comme quelques efflorescences prirent en s'étendant un caractère diffus, la desquamation cependant resta très faible, il pensa alors qu'on avait affaire à des modifications irritatives générales; pas de champignons. Le grattage des squames montra qu'il s'agissait d'un psoriasis vulgaire.

Poux du pubis et lentes sur les cheveux de la nuque, maculæ cæruleæ et roséole syphilitique.

M. Rona présente une jeune fille de 22 ans, chez laquelle on trouve des

poux du pubis et leurs lentes dans la région pubienne, le creux des aisselles, la nuque et sur les cheveux. Il y a en outre des taches bleues provoquées par les poux.

Xanthome plan et tubéreux généralisé.

M. Havas présente une petite fille de 4 ans et demi, chez laquelle, selon la mère, est survenue, immédiatement après la vaccination qui aurait provoqué de violents phénomènes inflammatoires, une éruption qui a débuté par le front pour envahir toute la peau. L'éruption n'occasionne aucun malaise à cette enfant, d'ailleurs bien portante.

Au visage et sous le menton la peau a une coloration jaune paille. Sur le front, au pourtour de la bourse et des orifices des fosses narines, nodosités arrondies ou allongées, résistantes, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois. Sur le tronc et les membres, principalement sur les deux côtés de l'extension, nodosités encastrées dans le derme, non douloureuses, dures, jaune soufre ou jaune paille, dont le volume dépasse celui d'un pois. Sur la face externe des bras, et dans la région fessière la peau est presque partout rouge jaunâtre. En dedans de ces parties rouges de la peau et dans leur voisinage on voit les nodosités rouges ou jaunes déjà mentionnées. Sur les nodosités l'épiderme est tendu, brillant ou parcheminé et ridé. Rien sur les muqueuses. Pas d'ictère. Du côté du système nerveux et des autres organes on ne constate aucune anomalie. Urine normale. Aucune modification pathologique du sang.

Il s'agit dans ce cas d'un xanthome vulgaire, plan et tuberculeux.

M. Török fait remarquer que les lésions des deux avant-bras font l'impression de nævi. C'est encore un argument tendant à confirmer que le xanthome est une anomalie de développement.

M. Schwimmer demande s'il existe un rapport relativement à l'époque d'apparition des érythèmes visibles en quelques points et celle des nodosités xanthomiques.

M. Havas répond que la mère de la malade raconte que les nodosités seraient survenues plus tard que les taches ; et lui-même aussi est d'avis que sur les taches il surviendra de nouvelles nodosités xanthomiques.

Pityriasis rubrapilaire (lichen ruber acuminé).

M. Török présente une fillette de 9 ans, atteinte depuis cinq ou six mois de pityriasis rubra pilaire très caractérisé occupant le côté de flexion des bras et des avant-bras, la face d'extension des cuisses, les deux côtés des jambes, l'abdomen, la région ombilicale et en plus petit nombre la région vertébrale et le thorax.

Gangrène hystérique.

M. Justus présente une jeune fille âgée de 20 ans, hystérique, atteinte depuis sept ans de gangrène hystérique. A cette époque, tuméfaction de la face dorsale de la main droite, sans cause externe ; la peau devint en peu de temps noire et gangrénée. La gangrène atteignait jusqu'aux tendons et aux os et guérit très lentement en laissant des cicatrices hypertrophiques considérables. Les trois années suivantes, il est survenu sur les parties les plus différentes du tronc et des membres, des gangrènes

circonscrites de la peau, envahissant seulement les parties supérieures de la peau, ou atteignant le tissu cellulaire sous-cutané et encore plus profondément. La maladie commence par une rougeur circonscrite, la peau prend ensuite une teinte grise, se soulève et forme une bulle de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce de 50 centimes qui se transforme en une croûte très adhérente, sèche, déprimée. Avec le temps cette croûte devient noire, au centre, sa circonférence augmente et est le plus souvent arrondie ou ovale.

M. Schwimmer rappelle la malade atteinte d'hystérie qu'il a présentée dans la séance précédente. Dans l'un et l'autre cas il existait des taches rouges qui, dans l'espace de vingt-quatre heures, se transformaient en vésicules et ensuite se desséchaient. Dans ce cas, la maladie se terminait par la dessiccation des vésicules ; ici il se développe un ulcère qui se termine par une kéloïde cicatricielle.

Dermatite herpétiforme de Duhring.

M. Deutsch présente une malade âgée de 40 ans, journalière. Il y a deux mois elle a vu survenir sur les membres et le thorax des taches rouges se transformant peu après en vésicules et en bulles; dans l'espace de deux à trois semaines elles envahirent la plus grande partie de la peau. Cette éruption s'accompagnait d'un prurit très pénible et de sensations de brûlure. Actuellement, on voit sur les membres supérieurs et inférieurs, le thorax, le dos et la nuque, des taches rouges, pâlissant à une pression modérée, des bulles et des pustules du volume d'un pois à celui d'un haricot. L'état se maintient bon.

M. Török regarde les lésions du thorax comme de l'eczéma.

M. Rona cite un cas dans lequel la dermatite herpétiforme existe depuis trois ans, les muqueuses sont si fortement envahies qu'il s'est développé une leucoplasie secondaire. Sur la peau sont survenues, à la place des bulles et des vésicules, plusieurs centaines de grains de milium.

Séance du 11 mars 1897.

Pemphigus de la muqueuse buccale.

M. Schwimmer présente un homme qui a été atteint, en mai de l'année précédente, de bulles sur le dos, la muqueuse buccale et la langue. Dans ces derniers points les vésicules disparurent au bout de 6 semaines, pour réapparaître 6 semaines plus tard. Depuis cette époque il est survenu sur le tronc, le cou et la tête, ainsi que sur la muqueuse buccale, des bulles plus ou moins volumineuses, qui disparurent avec le temps pour faire place à de nouvelles bulles. Actuellement il existe des bulles à la face, sur le thorax et le dos, ainsi que sur la muqueuse buccale. L'hypothèse d'impressions morales soudaines ou de longue durée, ou d'efforts intellectuels violents comme cause du pemphigus, peut s'appliquer, ici, attendu que dans ces derniers temps ce malade a éprouvé de grandes pertes matérielles (incendie de sa maison, etc.).

D'ordinaire on prescrit des gargarismes avec le chlorate de potasse contre les pertes de substance résultant de la rupture des bulles. Dans le pemphigus ce remède est très douloureux. Schwimmer préfère dans ces cas la décoction de mauve.

Orchite syphilitique.

M. Bako rapporte l'observation d'un jeune homme atteint d'une tuméfaction du testicule gauche atteignant la grosseur d'un œuf de poule, avec légère hydrocèle. Ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie, pas de traumatisme; syphilis il y a 4 ans.

Bako a observé plusieurs cas d'orchite syphilitique avec hydrocèle, plusieurs années après l'affection primaire. L'hydrocèle guérit habituellement par la ponction ; on ne peut obtenir un état résultat définitif qu'en employant en même temps le traitement spécifique.

M. Schwimmer cite le cas d'un jeune homme qu'il avait autorisé à se marier, alors que pendant 4 à 5 ans il avait pas observé de symptôme syphilitique. Dans la 6e année sa femme accoucha d'un enfant sain. Ce n'est qu'un an plus tard, alors qu'il n'avait aucun accident et que son enfant était en bonne santé, que ce malade vint le consulter pour une tumeur du testicule. Après une cure de 40 frictions le testicule redevint normal; la femme du malade accoucha de nouveau d'un enfant sain.

Lichen ruber plan.

M. Török présente un ouvrier de 37 ans, atteint depuis 2 mois d'une éruption prurigineuse occupant principalement le côté de flexion des bras, particulièrement des coudes, les épaules, les creux axillaires et les parties voisines du thorax, la région sacrée, le pénis, le scrotum, la face interne des cuisses, les creux poplités et la nuque. Sur d'autres parties du tronc et des membres il y a des lésions semblables,mais en plus petite proportion. Le visage, les oreilles, le cuir chevelu et la paume des mains sont seuls indemnes. La plante des pieds est épaissie avec sillons blanchâtres. Les plus petites lésions sont saillantes mais aplaties, elles sont la plupart polygonales,rouge bleuâtre ou rouge brunâtre,brillantes comme de la cire, avec ombilic central. Sur les membres supérieurs ces lésions sont confluentes et forment des plaques de la dimension de la paume de la main, rouge bleuâtre, traversées de fins sillons; dans quelques régions ces plaques sont en régression avec dépressions brun sépia.

Syphilide miliaire (lichen syphilitique).

M. Török présente un jeune homme de 22 ans, très pâle, avec tuméfaction des ganglions cervicaux, axillaires, cubitaux et inguinaux, et chancre du prépuce en voie de guérison. Sur le tronc et les membres supérieurs, nombreuses lésions brunâtres ou rougeâtres,du volume d'une tête d'épingle, qui correspondent aux ganglions de la peau et forment des groupes de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes.

L'exanthème existerait depuis huit semaines. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 décembre 1897.

Traitement chirurgical du lupus.

M. Lang a commencé, en 1892, à traiter le lupus par l'extirpation et

acquit la conviction, par une observation prolongée des cas qu'il avait opérés, qu'on peut très souvent guérir réellement le lupus par l'extirpation. Jusqu'à présent il a opéré 52 malades, dont 14 n'ont pu être retrouvés malgré tous ses efforts. Les trois derniers malades ont été opérés depuis trop peu de temps ; il reste donc 35 cas. Sur ce nombre il y a eu des récidives chez 8 malades et 27 sont restés guéris de leur lupus. La durée de l'observation est chez 6 malades jusqu'à un an; chez 10 malades, de 1 à 2 ans; chez 11, de 2 à 4 ans. Il ne se rappelle pas qu'un dermatologiste ait obtenu des résultats semblables chez des lupiques traités par d'autres méthodes. La condition essentielle de l'extirpation c'est la délimitation exacte de la partie lupique ; sur la peau cette délimitation est très facile, il n'en est pas de même sur les muqueuses, dans les cas où le lupus a pénétré dans les cavités nasale, buccale et pharyngienne, dans la conjonctive et le conduit lacrymal, etc. ; dans ces conditions le pronostic pour l'extirpation est douteux.

Ni l'apparition, ni la dimension du lupus ne sauraient être un sérieux obstacle à l'extirpation ; la méthode de Thiersch permet de guérir en un temps relativement court les plus grandes pertes de substance. Tout médecin qui a opéré beaucoup de lupus sait que la greffe de Thiersch ne réussit cependant pas partout. Il survient avec ce procédé, suivant la localisation, des rétractions plus ou moins importantes. Dans quelques régions elles sont si considérables qu'il en peut résulter un trouble sérieux des fonctions. Dans ces cas il est nécessaire de faire une plastique avec des lambeaux en la combinant avec la méthode de Thiersch.

Dans ses premières communications Lang avait pour objectif de faire ressortir les avantages de la méthode de l'extirpation du lupus ; aujourd'hui il cherche à montrer l'importance qu'il faut attacher au point de vue cosmétique et fonctionnel, à la plastique par lambeaux après les opérations de lupus.

Tumeurs leucémiques. Hypertrophie du foie et de la rate.

M. Kaposi présente une femme, âgée de 63 ans, atteinte de tumeurs leucémiques de la face, de la région des coudes, etc. Suivant la malade, l'affection aurait commencé en juillet 1896 par des douleurs de tête. En septembre, tache rouge sur la joue gauche ; la rougeur augmente, jusqu'en mars où pour la première fois on constate la présence d'une tumeur qui depuis lors n'a pas cessé de se développer.

Actuellement, la face, à l'exception de la partie supérieure du front et des côtés des joues, est envahie par des masses semblables à des tumeurs. Les régions supra-orbitaires des deux côtés sont le siège de tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule, à surface flasque, de consistance très variable (à droite, molle comme un lipome, à gauche très dure) ; ces tumeurs sont mobiles, saillantes. La peau sus-jacente est rougeâtre, violette, en apparence amincie, on ne peut ni la plisser ni la soulever, elle est à peine mobile.

Une tumeur semblable, un peu plus petite, dans la région inter-ciliaire, nodosité semblable du volume d'une pomme, et une autre du volume d'une noisette sur la joue droite, une un peu plus petite sur la joue gauche,

une du volume d'un œuf de pigeon au menton. Le nez tout entier est occupé par une masse semblable, comme coloration et comme consistance, aux tumeurs ci-dessus ; cette masse n'est pas nettement limitée.

Les oreilles sont envahies par un amas diffus de tumeurs infiltrées, comme sur le nez. Nodosités de volume variable sur les bras, principalement sur le bras droit.

Engorgement des ganglions sous-maxillaires, axillaires et inguinaux des deux côtés.

Toutes les tumeurs ne sont douloureuses qu'à la pression. La malade accuse des douleurs vives et térébrantes à la percussion du sternum, des épaules et des humérus.

Dans ce cas le rapport avec la leucémie paraît évident. La proportion des corpuscules blancs du sang aux globules rouges est de 1 pour 28 (au lieu de 1 pour 500 à 700), le nombre des érythrocytes de 3,400,000, celui des leucocytes 120,000.

Il s'agit donc dans ce cas de tumeurs leucémiques malignes. Au microscope on a trouvé un tissu composé surtout de cellules rondes mononucléaires et d'une petite quantité de substance intermédiaire. Quant aux tumeurs, Kaposi croit qu'elles dépassent en volume tout ce qui est indiqué jusqu'à présent dans la littérature.

M. Schiff a publié en 1879, en collaboration avec Hochsinger, un mémoire sur la leucémie de la peau. Leurs recherches les conduisirent à admettre que la peau peut devenir, dans le cours de la leucémie, le siège de manifestations leucémiques secondaires et que d'une part l'infiltration lymphatique prend son point de départ dans le réseau vasculaire qui entoure les glandes sudoripares et que de l'autre le siège principal de la maladie se trouve dans le pannicule graisseux le plus rapproché du derme.

Séance du 28 janvier 1898.

Kératose arsenicale.

M. Lang présente un malade âgé de 37 ans, syphilitique, qui a été soumis au traitement arsenical pour un lichen ruber plan. Dans ces derniers temps il survint de la sensibilité à la plante des pieds et il y a 10 jours on constata dans cette région des plaques calleuses. Sur la plante du pied gauche, entre l'éminence thénar du gros orteil et celle du petit orteil, plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs dont la surface est jaunâtre, dure et calleuse ; le bord est constitué par un anneau dur dont la peau paraissait intacte à l'œil nu. Épaississements analogues plus saillants sur les bords externe et interne des gros orteils et au pourtour du talon. Les plis interdigitaux des 4e et 5e orteils présentent des lésions semblables. Sur la plante du pied droit les altérations sont les mêmes, mais moins prononcées.

L'aspect ne répond ni au lichen ruber plan ni à la syphilis, mais à une kératose provoquée par l'usage de l'arsenic.

Cette maladie atteint d'ordinaire les adultes. Lang ne l'a vue qu'une fois chez un enfant de 8 ans ; il a observé aussi une kératose de la paume des mains chez une fillette du même âge.

M. Kaposi n'a aucune raison pour regarder ici les callosités plantaires comme un tylosis arsenical; il n'a jamais vu de callosités arsenicales, malgré une grande expérience du traitement par l'arsenic; par contre, toutes les raisons sont en faveur de plaques de lichen ruber plan, attendu qu'il existe des papules et des plaques de lichen ruber dans le voisinage immédiat, dans la région des malléoles.

M. Lang regrette de ne pas pouvoir partager cette manière de voir : la kératose arsenicale a été bien des fois constatée et Erasmus Wilson, il y a 25 ans, a déjà appelé l'attention sur cet état.

M. Neumann, malgré une expérience déjà longue, n'a pu constater avec certitude un seul cas de kératose arsenicale. L'arsenic est surtout employé contre les affections de la peau qui s'accompagnent d'épaississement de l'épiderme, provoqué par le processus morbide lui-même. Il en est ainsi dans le lichen ruber plan qui détermine des épaississements épidermiques considérables; par conséquent, d'autres caractères de diagnostic différentiels seraient nécessaires pour démontrer l'existence d'une kératose arsenicale.

M. Lang. — On ne peut pas cependant ignorer complètement les observations des autres auteurs. Quand après des empoisonnements accidentels il se développe dans un cas, 11 jours plus tard, une kératose, c'est là un fait devant lequel on ne saurait fermer les yeux.

M. Hofmockl demande des renseignements sur les doses d'arsenic.

M. Lang répond que ce malade ne prend des pilules d'arsenic que depuis quelques mois. La dose quotidienne la plus élevée a été de 0,15 d'acide arsenique.

Séance du 25 février 1898.

Kéloïde.

M. Lang présente un homme de 22 ans, qui eut une eschare gangréneuse du dos consécutive à une brûlure par l'acide sulfurique; la plaie était cicatrisée au mois d'août. Dès le mois de septembre cet homme remarqua que la cicatrice devenait chaque jour plus épaisse et depuis deux à trois mois toute sa région dorsale est envahie par une kéloïde. Les plaques sont saillantes, à bords nettement circonscrits, ayant jusqu'à un centimètre au-dessus des parties environnantes. Ces plaques sont dures comme du métal, brun-rouge, avec sillons très obliques en quelques points. Ces kéloïdes sont parfois le siège de sensations insupportables de prurit et de brûlure.

Modifications de la peau consécutives à l'emploi de l'arsenic.

M. K. Ullmann présente d'abord un cas de kératose arsenicale chez une malade atteinte d'acné de la face. Cette malade a pris pendant sept ans de la solution arsenicale de Fowler. L'affection a augmenté graduellement. Il y a sept ou huit ans, et même encore un ou deux ans après la cessation de l'arsenic, la peau de la plante des pieds et de la paume des mains était épaissie, présentait une coloration gris ardoisé et était recouverte de nombreuses saillies verruqueuses de grosseur variable ; les plus petites avaient jusqu'au volume d'un pois et même plus ; la couche cornée épaissie

était sillonnée de nombreuses fissures et rhagades et en quelques points recouverte de squames.

Cette malade était déjà en cet état en 1893 ; v. Hebra la présenta à la Société de dermatologie comme un cas de kératose arsenicale, quelques membres de la Société regardèrent ce processus comme occasionné par une hyperhidrose locale qui existait en même temps.

La marche ultérieure de la maladie prouva qu'on avait bien affaire à une hyperkératose arsenicale. Dans le cours de l'année dernière la malade fut atteinte d'un épithéliome de la face qui fut extirpé ; six mois plus tard, un nouvel épithéliome s'est développé sur la peau encore très hyperkératosée du talon ; on eut recours de nouveau à l'extirpation.



L'orateur discute ensuite les travaux qui ont été publiés jusqu'à présent sur l'hyperkératose arsenicale et le cancer arsenical (Hutchinson).

On aurait fréquemment aussi constaté dans ces cas une hyperhidrose locale, mais peut-être plus souvent encore la sécrétion sudorale serait restée dans des limites normales, ou bien il existait même au début une sécheresse frappante des surfaces palmaires légèrement rouges et en desquamation.

La sécrétion physiologique de la sueur paraîtrait en tout cas avoir de l'importance pour la production de cette hyperkératose, cela ressortirait de la localisation de la maladie. particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds. Plus rarement cette affection s'observerait sur d'autres régions, ainsi à la face dorsale des mains, aux coudes (Hutchinson), à la face chez la malade dont il est ici question.

Chatin aurait le premier signalé l'importance de la sécrétion sudorale pour l'élimination des arséniates.

Il semblerait d'après cela que l'arsenic dissous dans la sueur irriterait l'épiderme et provoquerait une hyperhémie chronique, finalement une surnutrition et par suite une hyperkératose chez les sujets prédisposés.

Sur environ 32 cas de kératose arsenicale existant dans la science, l'auteur se borne à en retenir 26 qui sont à l'abri de toute critique. Sur ce dernier nombre 4 avaient le type érythémateux, 7 le type diffus ou semblable au cas actuel, 13 le type finement verruqueux, la forme la plus caractérisée de l'affection ; dans les autres, il n'était pas possible d'établir une classification.

Ce n'est que dans le plus petit nombre de ces cas que la médication arsenicale avait été instituée pour une maladie de la peau qui aurait pu occasionner une erreur de diagnostic par suite d'une localisation éventuelle aux mains (psoriasis vulgaire, eczéma, lichen plan, pemphigus vulgaire).

Le plus habituellement on avait prescrit l'arsenic pour d'autres maladies : épilepsie, névralgie, lymphome malin, tumeurs, etc.

La quantité d'arsenic absorbé était très variable, ainsi que le temps pendant lequel il était prescrit. Il y a des cas pendant lesquels on a administré régulièrement l'arsenic durant 7 jusqu'à 20 ans en opposition à d'autres où on n'a donné l'arsenic que durant deux mois et à faible dose, de 10 à 16 gouttes de liqueur de Fowler par jour, jusqu'à ce qu'il survînt une hyperkératose des mains et des pieds. On peut admettre dans ces cas une idiosyncrasie, une prédisposition, mais il ne saurait être question de l'abus de l'arsenic.

Pour l'emploi du traitement arsenical il est nécessaire de connaître cette affection, en ce sens qu'il ne faut pas prescrire l'arsenic quand il est inutile ou sans une indication précise, par exemple dans l'anémie légère, l'acné, etc. où on peut le remplacer par d'autres remèdes, mais seulement dans les cas où on ne saurait administrer d'autres médicaments (lichen ruber plan, certaines variétés de psoriasis vulgaire, lymphomes malins, chorée, fièvre intermittente, etc.).

M. Hebra fait remarquer que la malade présentée par Ullmann démontre l'existence d'une kératose arsenicale. Il l'a observée depuis près de 10 ans ; au début il a employé sans succès des remèdes externes et ce n'est que lorsqu'il proposa une cure arsenicale qu'il apprit que cette malade prenait de l'arsenic depuis plusieurs années. Après l'interruption de la médication arsenicale, l'affection diminua d'une façon régulière et actuellement la guérison est presque complète, sans l'intervention d'un traitement quelconque. L'auteur pourrait citer encore deux autres cas dont l'un est particulièrement démonstratif. Il s'agit d'une petite fille de 8 ans, atteinte de psoriasis et chez laquelle on avait diagnostiqué par erreur un lichen ruber plan. Pendant quatre mois elle prit de l'arsenic sans qu'il se produisît une amélioration. Il survint, par contre, sur les mains et les pieds des callosités aplaties avec rhagades douloureuses, profondes. Sous l'influence d'applications résorcinées et de la suppression de l'arsenic toutes les lésions guérirent en trois semaines. V. Hebra ajoute ensuite qu'il y a cinq ans il prit pour une névralgie, pendant deux à trois mois chaque jour, de trois jusqu'à dix gouttes de liqueur de Fowler. Au bout de six à huit semaines environ, des callosités aplaties, très douloureuses, survinrent à la plante des pieds. Il cessa l'arsenic et les kératoses disparurent au bout de quinze jours. Non seulement il n'avait jamais eu d'hyperhidrose mais la peau des mains et des pieds était particulièrement sèche.

M. Lang. — Dans le cas présenté par Ullmann il existe de l'hyperhidrose, et comme cet état détermine souvent des épaississements de l'épithélium, on pourrait regarder ici la kératose comme une conséquence de l'hyperhidrose ; cependant l'orateur ne croit pas qu'on puisse rattacher la kératose à l'hyperhidrose et termine en disant qu'on ne saurait mettre plus longtemps en doute l'existence d'une kératose arsenicale (1). A. Doyon.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 20 octobre 1897.

Lèpre.

M. Kaposi présente un malade atteint de lèpre il y a 3 mois ; traces d'exanthème au visage et efflorescences roséoliformes sur le dos. Actuellement, infiltration, sous forme de bourrelets, des oreilles, des joues, du nez ; chute des sourcils ; sur le tronc, petites taches brunâtres ; atrophie des muscles interdigitaux et anesthésie occupant de grandes surfaces ; sur le palais, affection caractéristique sous forme de petites nodosités grises.

(1) Voir le remarquable rapport de M. W. Dubreuilh sur les hyperkératoses circonscrites. *Annales de dermatologie*, t. VII, 1895, p. 1158.

Dermatose provoquée par le métol.

M. Freund présente un malade, atteint d'une lésion de la peau due à l'action du métol. La face palmaire et en partie aussi la surface dorsale des mains et des doigts sont le siège d'une rougeur foncée, diffuse, uniforme qui disparaît sous la pression du doigt; la peau est dure, très épaissie, les doigts paraissent plus volumineux bien que les os aient leurs dimensions normales. L'épiderme a un aspect gonflé, transparent, comme s'il avait été enduit avec du silicate de potasse. Température des mains très abaissée. Comme sensations subjectives : engourdissement, surdité, et anesthésie; plus tard, lorsque les doigts devinrent plus raides, s'ajoutèrent une sensation de tension, du prurit et des douleurs, mais jamais ces dernières ne se produisirent par accès. Ce malade, qui est photographe, a, dans les derniers six mois, pour le développement de ses négatifs, employé le métol, un dérivé de l'amidocrésol, et c'est depuis cette époque que sa maladie serait survenue. L'orateur a du reste observé dans le même atelier une affection semblable chez une autre personne faisant usage du même réactif. Toutefois il ne saurait décider si elle tient au métol ou aux impuretés qui peuvent y être mêlées.

Tuberculose.

M. Lang montre un malade, déjà présenté le 28 octobre 1896 à la Société de dermatologie. Ce malade avait à cette époque, sur le côté droit du thorax, une tumeur dont le volume dépassait celui du poing, et sur la nature de laquelle il était impossible de se prononcer. Neumann considéra cette affection comme un exanthème bromique; toutefois l'orateur ne partageait pas alors cette manière de voir. Pour faire l'examen histologique on enleva la tumeur. Quelques semaines plus tard, les ganglions axillaires se tuméfièrent et le malade subit l'extirpation des ganglions; non seulement on pratiqua le curettage complet du creux de l'aisselle, mais encore on enleva largement les parties qui avaient récidivé. D'après l'examen anatomique, il s'agissait de tuberculose.

Dans le courant de cet été le malade revint dans le service de l'orateur et on constata sur les lignes d'incision près du creux axillaire la présence d'ulcères tuberculeux miliaires de la peau tout à fait typiques, entourés çà et là de proliférations papillaires. Dans les dernières semaines il est survenu des abcès au niveau des côtes du côté droit et du sternum. Une large incision a donné issue à une grande quantité de pus, les côtes (de la cinquième jusqu'à la neuvième) sont à nu et, sur deux d'entre elles, le périoste est détruit.

Sarcome de la peau.

M. Kaposi présente un homme de 55 ans, ayant depuis deux ans dans la région lombaire, à gauche de la colonne vertébrale, un foyer sous forme de disque de la dimension de la paume de la main; sur le bord supérieur quatre nodosités saillantes, de la grosseur d'un pois, rouges, brillantes. La peau a l'aspect d'une cicatrice; au toucher on a l'impression d'un disque dur. On pourrait penser à une kéloïde, toutefois, l'orateur ne connaît pas de cas où des kéloïdes se seraient réunies en disque; en outre, la kéloïde se développe dans la couche papillaire; ici au contraire les cou-

ches supérieures de la peau ne sont pas modifiées. Peut-être s'agit il d'un sarcome ?

Eczéma pustuleux chronique.

M. Kaposi présente un homme de 50 ans, atteint d'ezéma pustuleux chronique développé peut-être sur un prurigo. La peau du visage chez ce malade a une teinte bronzée comme dans la maladie d'Addison. Muqueuse buccale indemne. Peut-être a-t-on affaire à une mélanose consécutive à l'emploi de l'arsenic.

Xérodermie pigmentaire.

M. Kaposi présente un femme de 26 ans, atteinte de xérodermie pigmentaire depuis l'âge de 14 ans. On a enlevé 14 à 15 carcinomes, un endothéliome de l'œil gauche. A présent il est survenu un carcinome sur l'os zygomatique.

Nécrose du prolongement alvéolaire du maxillaire inférieur d'origine hérédo-syphilitique.

M. Deutsch présente un enfant de deux ans, du service de Lang, avec nécrose du prolongement alvéolaire du maxillaire inférieur. Cet enfant aurait toujours été délicat, maladif, mal nourri, sans avoir jamais été véritablement malade. Vaccination à l'âge de 19 mois. De cette époque daterait, selon la mère, l'apparition des phénomènes morbides, en premier lieu catarrhe pulmonaire et intestinal, ensuite ulcérations de la peau et de la cavité buccale.

Actuellement, la peau, pâle et atrophiée, présente partout, principalement sur le dos, de nombreuses cicatrices, les unes livides, les autres blanchâtres, légèrement déprimées, de la dimension d'un grain de chènevis à celle d'une pièce de 50 centimes. Le pourtour de ces cicatrices est le siège d'une pigmentation foncée.

La nuque est envahie par un infiltrat plat, limité à sa partie inférieure par une ligne serpigineuse. Cet infiltrat, d'une coloration rouge, présente quelques efflorescences papuleuses, confluentes, en voie de régression sous l'influence du traitement, et des nodosités isolées dont le volume varie de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noisette ; quelques infiltrats moins saillants du cuir chevelu sont en desquamation. La gencive, dans la partie correspondante à la région des incisives inférieures, qui n'existent pas, est transformée en un ulcère purulent dont la limite postérieure est constituée par la gencive saillante en forme de bourrelet et dont la base présente des lambeaux nécrosés à demi détachés. La sonde arrive jusque sur l'os dont le périoste est détruit.

Les nombreuses cicatrices du tronc, les infiltrats, l'ulcère ci-dessus décrit indiquent suffisamment qu'il s'agit d'une syphilis héréditaire, ce que l'anamnèse tendrait à confirmer.

Séance du 17 novembre 1897.

Morphinisme avec larges infiltrats et cicatrices de la peau.

M. Rille a eu l'occasion de constater, chez une femme âgée de 42 ans, sur les membres supérieurs et inférieurs, principalement sur les faces

d'extension, des lésions étendues, les unes récentes, les autres cicatricielles. Les cicatrices, qui sont plus nombreuses, ont en général des contours allongés, leur dimension dépasse celle d'un haricot, elles sont rouge clair ou livides, fréquemment encore infiltrées, parfois kéloïdiformes, ou sont de date plus ancienne et alors du blanc clair au brun pâle, plus molles, plus arrondies et plissées, particulièrement sur les cuisses. Entre ces cicatrices, surtout aux bras où la peau est tuméfiée, il y a un grand nombre de nodosités et d'infiltrats douloureux dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette, livide foncé et rouge-brun, recouverts de croûtes brun foncé ; quelques-uns sont ulcérés. Sur les membres inférieurs, la peau, par suite de la confluence des cicatrices, est par places dure et semblable à du cuir ; mêmes altérations sur l'abdomen et le creux épigastrique. Les mains sont indemnes. La malade est amaigrie, la peau de la face gris fauve, la langue saburrale, les pupilles très rétrécies, les réflexes rotuliens normaux. A un examen superficiel, on pourrait croire qu'il s'agit d'une syphilis invétérée (de l'espèce des formes endémiques de la radesyge, etc.), d'une syphilide tubéro-crustacée rupiforme. A l'appui de cette hypothèse, il y aurait à mentionner la coloration et les croûtes, mais elle aurait contre elle la distribution, l'absence de groupes et de lésions serpigineuses et surtout les cicatrices dures, infiltrées, dont quelques-unes en petit nombre seulement à la cuisse rappellent des cicatrices de gommes. La ressemblance avec un exanthème bromique serait encore moins prononcée.

Cette malade est morphinomane depuis 18 ans; elle l'est devenue à la suite d'une maladie douloureuse des annexes de l'utérus. Les premières années, elle s'injectait l'abdomen et les jambes et depuis 6 ans les membres supérieurs, le dos est intact. Actuellement tous les points que la malade peut atteindre sont envahis par un grand nombre de nodosités et d'infiltrats douloureux. Deux à trois fois chaque jour elle se fait de 3 à 4 injections, par conséquent environ 10 piqûres par jour; un gramme de morphine suffit pour deux ou trois jours.

Les lésions de la peau sont la conséquence directe de la blessure faite avec une seringue souillée et non, comme on l'avait cru tout d'abord, d'une solution trop concentrée de morphine, et en outre de piqûres trop superficielles, intra-cutanées; enfin il faut tenir compte, dans une certaine mesure, de la prédisposition individuelle.

Lupus.

M. Deutsch présente une jeune apprentie de 15 ans, qui a été opérée cet été d'un lupus tumidus de la joue droite, dont l'étendue dépassait celle de la paume de la main. La plaie fut recouverte par un lambeau de peau de la région sous-maxillaire. Il existait aussi un foyer lupique sur le front, qui fut extirpé peu de jours après ; la plaie fut recouverte par le procédé de Thiersch.

Plusieurs petites opérations furent ensuite nécessaires soit pour restaurer des fragments de lambeaux nécrobiosés, soit pour faire disparaître de légères défectuosités. Cette malade quitte alors l'hôpital et revient au mois d'octobre pour se faire opérer d'un léger ectropion ; elle est aujourd'hui guérie.

Maladie serpigineuse.

M. Ehrmann présente un cas qui rappelle celui de *creeping disease* montré autrefois par Neumann. L'affection débuta lorsque le malade revenait des manœuvres où il serait resté longtemps couché sur la terre. Sur l'épaule gauche il survint une affection prurigineuse sous forme de tumeur, rougeur à laquelle s'ajoutèrent bientôt de l'exsudation et des croûtes. Le bord saillant, en forme de bourrelet, s'étendait rapidement d'environ un demi-centimètre par heure sous l'aspect de cercles. Le cas actuel se distingue de celui de Neumann par la présence de bulles. Dans les points où la régression se produit la peau s'affaisse et il reste de la pigmentation. Le contenu des bulles renferme des staphylocoques et des mucédinées.

Atrophie idiopathique diffuse de la peau.

M. Neumann présente un malade qu'il a déjà montré l'année dernière, âgé de 33 ans, atteint d'atrophie idiopathique diffuse de la peau. Peau brun sale, taches polygonales blanc brillant correspondant au corps papillaire atrophié par suite de cicatrices, principalement sur l'abdomen et les organes génitaux. Sur le thorax, le dos, les fesses, la peau est plissée comme du papier à cigarette froissé ; aux jambes elle est au contraire très tendue et on ne peut pas la plisser. Depuis 4 mois le malade a maigri de 4 kilogrammes. Il ne s'agit pas d'une atrophie secondaire consécutive à un processus inflammatoire qui évolue principalement dans le corps papillaire.

M. Kaposi pense que cette affection procède de causes différentes. Dans le cas de Pospeloff on pouvait noter des traumatismes locaux ; dans d'autres cas l'atrophie, comme dans l'atrophie sénile, paraît progresser avec des troubles généraux de nutrition. Dans d'autres cas encore il se développe des tumeurs leucémiques et pseudo-leucémiques, peut-être aussi des lésions des follicules intestinaux, produisant de la diarrhée.

M. Neumann remarque que cette affection a de nombreuses analogies avec l'atrophie sénile : le gonflement vitreux des fibres du derme, la rétraction du corps papillaire, la chute des poils, la raréfaction des glandes. La modification cicatricielle des parties plus profondes est frappante. Le quadrillage rappelle certainement l'ichtyose simple, mais l'évolution et la localisation ne correspondent pas à cette dernière affection.

M. Deutsch présente à cette occasion un malade atteint d'atrophie circonscrite de la peau du front.

M. Kaposi tient cette affection pour de la sclérodermie à la période d'atrophie, ainsi que l'indique l'éclat lardacé de la partie centrale déprimée.

M. Lang a pensé à la sclérodermie, mais n'a pas trouvé d'indice de sclérodermie antérieure. La limitation sur la ligne médiane paraît plutôt en faveur d'une cause trophonerveuse.

M. Kaposi répond que la sclérodermie peut être aussi limitée d'un seul côté comme l'herpès zoster. Cependant cela ne prouve pas encore l'origine nerveuse de ces affections, attendu que, comme Pfeifer l'a démontré, dans presque toutes les régions les artères marchent parallèlement avec les nerfs.

M. Lang ne peut admettre le diagnostic de sclérodermie ; à aucune

période de cette maladie on ne peut plisser la peau, elle est tendue comme la peau d'un tambour, tandis que la peau du front du malade a sa souplesse normale.

Syphilis maligne.

M. Neumann présente un ouvrier de 35 ans, atteint de syphilis maligne. Gommes multiples ulcérées (sourcils, sillon naso-labial du côté droit, lèvre supérieure, arcs palatins, paroi pharyngienne). Sur différentes régions du corps, cicatrices avec liséré pigmentaire.

La syphilis existe depuis l'automne de 1895. Traitement de l'exanthème papulo-pustulo-ulcéré avec 38 pilules d'hémol mercurique, 28 frictions, décoction de Zittmann et iodure de potassium. Un érysipèle de la face fit disparaître rapidement les efflorescences. Peu après survinrent des ulcérations et du rupia.

Acné bromique.

M. Kaposi présente une malade atteinte d'acné bromique. Au tiers inférieur de la jambe gauche, trois foyers confluents, en partie avec perte de substance en forme de trou, dans les intervalles masses jaune sale, tout autour quelques pustules. Il existe une acné bromique ayant le caractère des abcès folliculaires sans proliférations fongueuses.

M. Neumann rappelle que l'acné bromique peut donner lieu à des méprises, par exemple avec le carcinome. Il a vu, il y a peu de temps, un épileptique traité par le brome qui avait déterminé une acné considérable; il avait des douleurs si vives qu'il ne pouvait marcher ni rester couché.

Acanthosis nigricans.

M. Kaposi présente un cas de kératose nigricans, qu'il a déjà présenté (voir plus haut). L'eczéma a diminué. Peut-être faut-il rapporter la maladie du creux de l'aisselle à de l'hyperhidrose, ainsi que celle de la région inguinale et de la lèvre supérieure à la macération de la peau. On peut se demander pourquoi dans les points où il survient d'ordinaire de l'eczéma, il se développe de la kératose.

M. Rille remarque que l'hyperhidrose existe habituellement avec l'acanthosis nigricans, bien que Heuss l'ait contesté et l'ait même indiqué comme élément de diagnostic différentiel d'avec la psorospermose de Darier.

Dans le cas qu'il a observé, il y avait une sécrétion sudorale dans l'aisselle, où les lésions de la peau étaient le plus avancées. Dans la plupart des cas (24) publiés jusqu'ici, on signale le carcimone des organes abdominaux et Rille se demande si la malade actuelle, surtout en raison de son âge, n'a pas été examinée à ce point de vue. Dans son cas il s'agissait d'une fille jeune, en bonne santé, il ne pouvait être question de cette affection.

M. Kaposi n'a pas jusqu'ici, dans ces cas, observé de carcinome ; la statistique des cas publiés ne prouve rien ; car tout n'est pas publié.

Lèpre traitée par la sérothérapie.

M. Kreibich montre le lépreux du Monténégro, déjà présenté (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 289) qui est traité par les injections de sérum. Après 6 injections, la réaction générale est assez modérée, fièvre

légère, ensuite sueurs profuses. Après des injections dans les parties malades, tuméfaction érysipélatiforme, rougeur. Les lésions lépreuses persistent.

Séance du 1er décembre 1897.

Enfant hérédo-syphilitique.

M. Neumann présente un enfant de 5 mois, atteint de coryza avec dépression du dos du nez, cils et sourcils rares, lésions syphilitiques des lèvres, du pli génito-crural, de la région anale et des jambes, psoriasis syphilitique palmaire et plantaire. D'après le complexus symptomatique il s'agit d'une hérédo-syphilis. La nourrice a été infectée au sein par l'enfant.

M. Neumann cite à ce propos un cas où un enfant syphilitique infecta sa grand'mère, et où il vérifia la loi de Colles, en inoculant la mère, tout à fait indemne d'accidents, avec le pus de la sclérose et de la papule. La mère resta en effet indemne.

Ulcères tuberculeux.

M. Neumann présente un malade de 24 ans, anémique et très affaibli, atteint d'ulcères tuberculeux du pharynx. A la base de chacun des arcs palatins, ulcère de la dimension d'une pièce de 50 centimes à surface inégale, mamelonnée, jaune purulent et à bords livide foncé, non saillants, entourés d'une aréole étroite, rouge clair.

La cloison osseuse du nez et le cornet inférieur sont en partie détruits. Ganglions tuméfiés. Il y a deux ans le malade aurait contracté la syphilis à Buenos-Ayres et a été depuis lors traité à plusieurs reprises. Actuellement il a la nuit de la fièvre et des sueurs abondantes.

Adhérence du gland au prépuce.

M. Deutsch présente deux malades guéris d'adhérence du gland au prépuce, lésion qu'il désigne sous le nom de « symposthion » par analogie avec celui de symblépharon. Après la séparation des adhérences on suture le bord libre du prépuce dans la surface sanguinolente derrière le sillon. Malgré qu'on eut enlevé assez tardivement la suture, qui n'avait d'autre but que d'empêcher le contact des surfaces saignantes, il se produisit dans le premier cas une nouvelle adhérence; aussi après l'avoir détachée on avait recouvert les parties dépouillées d'épiderme avec de petits lambeaux, d'après la méthode de Thiersch; on traita le second cas exactement comme le premier.

Lupus exubérant.

Kaposis présente une fille de 15 ans, atteinte depuis l'âge de 2 ans d'un lupus exubérant qui recouvre toute la partie postérieure de la cuisse droite; une traînée cicatricielle a déterminé la contracture du genou. Sur la joue droite, foyers lupiques. Le pied droit présente un épaississement éléphantiasique, les orteils sont comme fondus les uns avec les autres. Peu de points sont indemnes, les proliférations sont rouge vif, humides, çà et là ulcérées.

Gommes syphilitiques.

M. Kaposi présente une jeune fille de 19 ans, atteinte *d'infiltration gommeuse* de la face postérieure de la jambe gauche. Il existe en ce point une dépression cicatricielle de 4 centimètres de largeur sur 10 centimètres de longueur. Sur le bord supérieur, ulcération dont le pourtour est modérément rouge, la base rouge vif, en voie de granulation.

A cette période le diagnostic est difficile; peut-être s'agit-il d'une ulcération sur le bord d'une ancienne cicatrice ou d'un lupus.

M. Mracek demande s'il s'agit d'une syphilis héréditaire tardive ou d'une syphilis acquise.

M. Kaposi. — Il s'agit certainement d'une récidive syphilitique tardive et non d'une syphilis héréditaire.

M. Lang dit qu'il y a peu de temps la Société s'est élevée contre l'hypothèse d'une syphilis héréditaire tardive.

M. Ullmann à cette époque a demandé que tous les malades soupçonnés de syphilis héréditaire soient examinés avec les rayons Röntgen pour découvrir les tuméfactions du périoste qu'il est impossible de constater autrement.

Onychie syphilitique.

M. Deutsch présente une domestique de 20 ans, atteinte d'onychie syphilitique. A la fin de juillet, ulcération qui guérit sans intervention médicale. En août il serait survenu une éruption qui disparut après une cure de 20 frictions. Les lésions des orteils existeraient depuis cette époque. Les 3e et 4e orteils du pied gauche et le 5e orteil du pied droit sont rouges, tuméfiés. Le lit de l'ongle est occupé par un ulcère à suppuration abondante, le rebord de cet ulcère est constitué par le sillon unguéal saillant, bleu rouge. En même temps il existe un lupus vulgaire du coude gauche.

M. Kaposi. — Il est assez rare d'observer une syphilis récente chez un sujet lupique. Ce serait un point important, attendu que parfois on parle encore d'un lupus syphilitique. Hebra a également réuni, de 1850 à 1860, le lupus serpigineux à la syphilis héréditaire.

M. Rille. — Dans ces 5 ou 6 dernières années il a vu 5 cas — 3 hommes et 2 femmes — où le lupus vulgaire, datant de l'enfance, était associé à une syphilis récente; chez un autre malade le lupus ne survint qu'à l'âge de 32 ans, lors d'une syphilis qui dura 6 ans. Malgré ces antécédents et la ressemblance avec des gommes cutanées, on diagnostiqua un lupus vulgaire, ce que la marche ultérieure confirma, attendu que les efflorescences de la région du menton et de l'angle maxillaire ne furent nullement modifiées après plusieurs semaines d'application d'emplâtre gris.

M. Neumann fait observer qu'à l'époque des expériences de syphilisation de Boeck, on prétendait que par cette méthode on pouvait combattre non seulement la syphilis, mais aussi le lupus. On inocula un lupique qui, outre le lupus, eut la syphilis.

M. Lang. — La présence simultanée du lupus et de la syphilis n'a rien de nouveau. Des syphilitiques peuvent plus tard être atteints de lupus. Il a le premier appelé l'attention sur ce fait que, dans ces cas, les infiltrations syphilitiques prennent plus tard les caractères du lupus, aussi les a-t-il

désignées sous le nom de lupoïdes. Les infiltrats syphilitiques des poumons créent aussi une prédisposition à la maladie tuberculeuse.

M. Mracek a vu l'année dernière une affection de la langue d'un caractère syphilitique typique avec un psoriasis linguae, qui prit brusquement un caractère inflammatoire aigu, tandis qu'à la périphérie il survenait des granulations miliaires,

Eczéma chez un prurigineux.

M. Kaposi présente un malade dont tout le corps est recouvert d'eczéma sous forme de larges plaques discoïdes nettement délimitées : face interne des cuisses, fesses, dos, pubis. Ces surfaces sont modérément rouges, épaissies, sèches ; dans les intervalles, très petites papules, vésicules, croûtes, plaques humides. La forme discoïde de ces foyers est typique. On l'observe dans les eczémas artificiels consécutifs à l'emploi prolongé de différents agents chimiques ; elle survient encore sous l'influence de causes constitutionnelles, dans le prurigo, l'ichtyose. Les prurigineux n'ont pas tous de l'eczéma, d'autres ont, avec un prurigo léger, un eczéma étendu. Le malade actuel a du prurigo, la forme discoïde peut s'expliquer comme il suit : le malade présente sur le dos et dans d'autres régions de nombreuses papules correspondant aux follicules ; on les trouve chez les sujets cachectiques. Sur la base de cette folliculite, lichen des scrofuleux, il se développait de l'eczéma. Les efflorescences étaient nettement circonscrites et groupées ; les foyers discoïdes sont le résultat de leur confluence. Dans ces cas l'huile de foie de morue à l'extérieur et à l'intérieur réussit très bien. Sur les membres on a appliqué l'onguent de Wilkinson.

M. Neumann dit qu'il y a des formes d'eczéma papuleux qui ressemblent au lichen des scrofuleux ; on observe surtout cette variété chez les enfants, elle est très rebelle. Toutefois, comme différence d'avec le lichen des scrofuleux, les papules ne sont pas aplaties, mais recouvertes de croûtes et ne laissent pas de pigmentation.

M. Kaposi voudrait remplacer le nom d'eczéma papuleux par celui d'eczéma folliculaire.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 7 décembre 1897.

Gangrène hystérique.

M. Oestreicher présente une femme ayant sur la joue droite une plaque gangréneuse de la dimension d'une pièce de 2 francs ; début il y a 15 jours par une petite tuméfaction peu douloureuse. Selon l'orateur, il s'agit d'une gangrène idiopathique provenant de troubles trophonerveux ; cette malade a en outre une paralysie faciale du côté gauche.

M. Blaschko est disposé à admettre dans ce cas plutôt une gangrène hystérique qu'un herpès zoster, parce qu'on ne trouve pas ces nécroses profondes, disséminées, qui existent constamment autour du foyer principal dans l'herpès zoster gangréneux atypique.

M. Rosenthal discute quant au diagnostic des deux hypothèses émises par Blaschko. On voit ici, à côté du foyer principal, de petits points nécrosés

Souvent il est impossible de distinguer l'herpès zoster gangréneux atypique de brûlures, par exemple de celles produites par des agents caustiques tels que la lessive de potasse.

Tumeurs sarcoïdes.

M. Joseph présente un malade de 32 ans qui aurait vu apparaître, au mois d'août de cette année pour la première fois des tumeurs disséminées de la peau. Le nombre de ces tumeurs a considérablement augmenté, elles ont envahi le corps tout entier, même le cuir chevelu. Elles ont leur point de départ dans le derme et atteignent jusqu'à la grosseur d'une cerise; la peau sus-jacente est rouge par suite de la présence de petits réseaux angiectasiques, et des préparations microscopiques montrent que dans ce cas il existe une infiltration entre les fibrilles du tissu conjonctif consistant en cellules rondes avec noyau vésiculiforme et un nucléole. Le protoplasma de ces cellules est rare et se colore mal; il se distingue des cellules de plasma d'Unna par l'absence de granulations. L'épiderme et la partie papillaire sont indemnes, ce n'est qu'au-dessous que commence la lésion. La coloration des fibres élastiques par l'orcéine, d'après Taenzer, montre que ces fibres existent, contrairement à ce qu'on observe dans le sarcome, sous forme de crosse. Dans une des coupes on voyait une artère du chorion remplie des mêmes cellules, donc une embolie. Il s'agit d'une métastase partant des organes internes. Le malade est très amaigri et accuse de nombreux malaises.

Tumeurs aplaties analogues dans la région épigastrique, sans qu'il soit possible de préciser à quel organe elles appartiennent. L'orateur conclut qu'il s'agit d'un de ces cas de sarcomes de la peau que Kaposi a le premier désignés sous le nom de tumeurs sarcoïdes. Le traitement consiste en injections d'arséniate de soude d'après Köbner, et jusqu'à présent il a été favorable.

M. Ledermann demande si on a trouvé dans les préparations beaucoup de cellules éosinophiles et des corpuscules de Russel.

M. Joseph répond négativement.

Dermatite herpétiforme de Duhring.

M. Isaac présente un marin de 31 ans qui, pour une maladie de peau, s'est frictionné pendant plusieurs mois consécutifs avec du savon vert. Toute la peau était rouge et, dans les régions axillaire, scapulaire et fessière, recouverte d'excoriations. Sous l'influence d'un traitement anodin la maladie prit les caractères très nets d'une dermatite herpétiforme de Duhring.

M. Blaschko fait remarquer, quant au premier cas, que le groupement linéaire des nævi de ce genre n'est pas en rapport avec le trajet d'un nerf, mais avec certaines autres conditions de la peau.

M. Rosenthal croit qu'il s'agit bien, dans le second cas, d'une dermatite herpétiforme de Duhring.

Lichen ruber.

M. Ledermann présente un malade atteint de lichen ruber dont le frère est également affecté de la même dermatose. Comme les deux frères ne

vivent pas ensemble et que dans ce cas un vitiligo acquis a précédé la maladie actuelle de la peau,on doit admettre une prédisposition nerveuse. Ce cas est donc remarquable en raison de l'apparition, à plusieurs reprises, de lichen ruber dans la même famille et en ce qu'il vient à l'appui de l'origine nerveuse de la maladie.

M. Blaschko a traité le même malade, il avait alors un lichen ruber sous forme de ceinture sur le tronc; d'après ce caractère, il a pu diagnostiquer que le malade avait fait usage de compresses hydrothérapiques; il a vu survenir un lichen ruber sous cette même forme dans deux autres cas à la suite de l'application de compresses hydrothérapiques.

Extirpation radicale du lupus.

M. Buschke rapporte les expériences qu'il a faites à la clinique de Neisser sur l'extirpation radicale du lupus et l'importance de l'ancienne tuberculine de Koch pour le diagnostic et le traitement de cette maladie. De ses recherches il résulte que la méthode palliative (acide pyrogallique, emplâtre de créosote salicylé, Paquelin, etc.) donne un résultat esthétique temporaire, mais non une guérison définitive. Avec l'extirpation radicale, au contraire, on peut enlever la partie malade dans toute son étendue et éviter ainsi les récidives.

En effet, sur 17 malades opérés il n'est survenu que dans un cas une récidive au centre d'un lambeau transplanté ; ce lambeau était sans doute déjà malade, car on n'avait pas laissé de tissu lupique et il n'y avait pas eu d'infection après l'opération. Après l'injection de tuberculine il survint en effet, au point de la cuisse où le lambeau avait été pris, une tuméfaction œdémateuse et de la rougeur et on constata la présence de granulations lupiques.

L'orateur a toujours soin de faire avant l'opération une injection de tuberculine, pour rechercher les points lupiques et pour reconnaître plus exactement la limite périphérique de la peau lupique qui réagit sous l'influence de l'injection et bien indiquer l'étendue que doit avoir l'extirpation; car les récidives après l'opération surviennent d'ordinaire à la limite des parties extirpées. C'est la forme serpigineuse du lupus qui offre les chances les plus favorables pour l'opération, parce que les foyers disséminés sont rares dans ces cas ; la variété conglomérée présente de moins bonnes conditions, car dans le voisinage des grandes plaques il y a de plus petits foyers; les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels les foyers sont disséminés sur de grandes surfaces.

L'opération radicale est moins atroce que les raclages et les cautérisations répétées avec traitement pyrogallique.

Il présente ensuite un enfant qui a été opéré sur une joue avec greffe consécutive d'après Krause et sur l'autre avec celle de Thiersch. Chez le premier la surface est lisse, sur le deuxième il y a des saillies et des bourrelets consécutifs à la formation de kéloïdes. M. Buschke dit en terminant qu'il faut avoir recours à l'extirpation radicale dans tous les cas où il est possible d'enlever complètement les foyers morbides. L'apparition possible d'une petite récidive ne prouve rien, attendu que dans les opérations de tumeurs malignes des interventions secondaires sont souvent aussi nécessaires.

Séance du 4 janvier 1898.

Terminaison extraordinaire d'un impétigo contagieux en gangrène superficielle.

M. Œstreicher rapporte que chez la dernière malade qu'il a présentée récemment avec des eschares gangréneuses d'un caractère particulier sur la joue droite, il a vu survenir ultérieurement des pustules typiques d'impétigo ; il ne peut donc proposer que le diagnostic ci-dessus.

Angiomes.

M. Blaschko présente une femme de trente et quelques années dont le corps tout entier est recouvert d'un nombre considérable d'angiomes plus ou moins petits. Sur les deux côtés du thorax, il y en a eu des centaines et des milliers, de telle sorte que les deux seins semblent comme aspergés avec du sang. Sur le visage aussi ils existent çà et là. L'affection remonte à 16 ans, en connexion avec une première grossesse.

Cette femme présentait alors de fortes varices sur les jambes et les grandes lèvres et au voisinage de ces varices on voyait sur les organes génitaux les premiers de ces angiomes multiples. On peut donc vraisemblablement faire intervenir un rapport de causalité entre ces varices et les angiomes. On ne saurait décider s'il ne s'agit pas de varices capillaires et non d'angiomes, par conséquent d'ectasies et non de vaisseaux de nouvelle formation. Quoique le point de départ se trouve dans les varices, la métastase excessive est en faveur de néoplasies. Cette femme a eu sept enfants et est d'ailleurs bien portante.

Verrues développées sur un lichen ruber plan.

M. Lion présente une femme de 40 ans, dans un état de décrépitude exceptionnelle pour son âge. Depuis sa jeunesse elle aurait eu de nombreuses verrues; actuellement le tronc tout entier est envahi. En outre, sur le côté gauche du thorax, nævus de la dimension d'une pièce d'un franc. Une partie de ces verrues est ombiliquée et présente un éclat métallique spécial; entre les plus grosses efflorescences il y a de véritables papules de lichen. Sous l'influence d'une pommade au sublimé et à l'acide phénique et de l'arsenic à l'intérieur, on constate au bout de cinq mois une régression évidente des verrues et des papules.

Extirpation du lupus.

Discussion sur la communication du Dr Buschke (V. p. 493).

M. Karewski. — Il y a trois points de vue à examiner pour l'opération radicale du lupus : 1° jusqu'à quel point peut-on opérer dans chaque cas; 2° quels résultats durables obtient-on, et 3° quels sont les résultats au point de vue esthétique?

Pour le premier point, les cas qui opposent la plus grande résistance au traitement palliatif ne conviennent pas non plus pour l'excision. S'il s'agit par exemple d'un lupus étendu de la face avec envahissement des muqueuses, il est presque impossible d'enlever assez complètement toutes les parties malades pour pouvoir recouvrir par la greffe la partie de substance, constituer un visage convenable et éviter les récidives dans les

lambeaux greffés; souvent, en effet, le lupus détruit en un court laps de temps un nez ainsi reconstitué. Dans ces cas il est préférable de détruire d'abord le lupus par la cautérisation ou par le procédé de l'air chaud d'Holländer et de procéder ensuite à l'opération. Si l'on compte sur une guérison radicale il faut opérer entièrement dans le tissu sain, c'est-à-dire enlever une zone de plusieurs centimètres tout autour du foyer morbide ainsi que les fascias sous-cutanés. Dans les cas récents il ne faut pas s'astreindre aux méthodes palliatives. Quant aux résultats esthétiques et fonctionnels, l'orateur ne croit pas que dans les cas graves, par exemple aux membres, quand il y a des contractures, on réussisse avec la greffe.

Après l'extirpation il suture simplement la plaie, mais il recouvre les larges surfaces au moyen de lambeaux pédiculés; il obtient ainsi de meilleurs résultats esthétiques que ceux indiqués par Buschke.

La greffe de Thiersch ainsi que celle de Krause donnent des cicatrices déprimées; de plus, les lambeaux d'après la méthode de Krause peuvent disparaître de nouveau au bout de quelques mois; aussi donnerait-il dans ces cas la préférence à la greffe de Thiersch.

M. Hollander est d'avis que si l'on a plus insisté dans ces derniers temps sur l'extirpation du lupus, c'est parce que les anciennes méthodes sont insuffisantes.

Il est, lui aussi, partisan de l'extirpation radicale dans tous les cas où il est possible de fermer la plaie par une suture. Il y a plusieurs contre-indications à l'opération : d'abord la forme disséminée du lupus, parce que le nombre des foyers est si grand que les plaies seraient trop considérables pour donner des résultats fonctionnels ou esthétiques satisfaisants, et que les récidives sont aussi plus fréquentes. Les lambeaux non pédiculés donnent d'ailleurs les résultats esthétiques les plus défavorables.

Le siège de la lésion constitue une autre contre-indication dans le cas où il s'agit d'une partie importante au point de vue esthétique : nerf, lèvres, paupières. Holländer présente ensuite trois femmes atteintes de lupus non opérable qu'il a traitées au moyen de l'air chaud; comme esthétique et comme guérison l'amélioration est extrêmement sensible.

M. Blaschko. — Les dermatologistes, sans nier les brillants résultats de l'extirpation, n'ont pas besoin d'intervenir chirurgicalement dans tous les lupus; dans de nombreux cas l'opération est inutile ou impossible. L'ancien procédé clinique peut amener la guérison complète et un résultat esthétique bien préférable à celui de la méthode sanglante; il présente à l'appui de son opinion une dame atteinte depuis 6 ans d'un lupus disséminé de l'aile gauche du nez et de la cloison, qui, depuis trois ans, à la suite d'un traitement par la liqueur de potasse et l'acide pyrogallique, n'a plus aucune granulation.

Il présente ensuite un malade atteint d'un lupus de l'avant-bras traité, mais sans résultat satisfaisant, par la méthode de l'air chaud de Holländer.

En résumé, selon l'auteur, il n'y a pas de méthode que l'on puisse regarder comme seule efficace, mais il faut dans chaque cas choisir celle qui est le mieux appropriée.

M. Rosenthal rapporte deux cas de lupus étendu ; l'un a été opéré et guéri, l'autre a été traité sans résultat apparent pendant plusieurs mois

avec l'acide pyrogallique. Il met en parallèle les agréments de l'intervention opératoire, qui a été faite pendant la narcose et a permis au malade de reprendre complètement son travail dans l'espace de 3 à 4 semaines, avec la lenteur et les souffrances exceptionnelles de l'autre méthode que provoquait chaque pansement. Quoique tout dermatologiste puisse observer des cas de guérison complète du lupus, d'après l'ancienne méthode, il faut cependant avouer qu'avec cette dernière méthode les récidives sont très fréquentes. Il préfère d'ailleurs un nez laid à un nez beau mais lupique. Dans les cas où cela est possible, il faudrait tâcher d'extirper le foyer lupique et de le remplacer par une cicatrice saine en opérant dans le tissu sain. Les dermatologistes doivent donc se familiariser autant que possible avec cette méthode sanglante.

M. Holländer croit que M. Blaschko n'a pas employé exactement sa méthode chez son malade.

M. Buschke ne repousse pas toutes les autres méthodes de traitement du lupus ; il ne faut, il est vrai, y avoir recours que dans les cas où l'extirpation est impossible. Quant à la question de la plastique à l'aide des lambeaux, dans ses 17 cas le lambeau placé sur la plaie n'est pas tombé une seule fois ; cela n'a lieu d'ailleurs que dans les ulcères de jambe, où la nutrition est particulièrement mauvaise. Il n'est pas nécessaire que les lambeaux pour la greffe soient deux fois plus grands que la perte de substance ; il n'est pas exact qu'ils se rétractent à ce point et par suite augmentent notablement d'épaisseur. La méthode d'Holländer lui paraît une méthode purement palliative, tout comme la cautérisation ou le raclage, etc., il n'y a pas de différence essentielle. A. Doyon.

NOUVELLES

Nous avons le regret d'apprendre la mort du professeur Amédée Marianelli, directeur de la clinique dermato-syphiligraphique de Modène. Nommé professeur il y a deux ans à peine, Marianelli avait été longtemps assistant du professeur Celso Pellizzari et avait publié sous la direction de son maître une série de travaux estimés, principalement sur les trichophyties. Il y a quelques mois, il avait fait paraître une importante étude sur la sclérodermie.

La 70e Réunion des naturalistes et médecins allemands se tiendra à Düsseldorf, du 19 au 24 septembre prochain. Les organisateurs de la section des maladies de la peau et de la syphilis sont les docteurs Max Bender et Karl Stern, le secrétaire le docteur Joseph Schäfer.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES

SUR

LA PERSPIRATION INSENSIBLE DE LA PEAU

Par le Dr **Ladislas Reiss**,

Professeur de l'Université et Directeur de la Clinique dermatologique à Cracovie.

(Travail de l'Institut de Physiologie et de la Clinique dermatologique a Cracovie)

I

Parmi les diverses fonctions physiologiques dévolues aux particules qui composent l'organisme animal, la peau joue un rôle très important et qui justifie en tous points sa signification comme organe dans toute la force du terme.

Ces fonctions qui se trouvent intimement liées avec la conformation anatomique de la peau, se rapportent surtout aux particules anatomiques dont la peau est si abondamment munie, c'est-à-dire aux glandes et aux nerfs.

D'une part, les extrémités des nerfs avec leurs nombreux corpuscules sensitifs font de la peau un organe des sens; d'autre part, la quantité immense des glandes sudoripares et sébacées avec leurs épais réseaux de vaisseaux périphériques traversant la peau lui donnent tous les caractères des tissus glandulaires.

Sous le rapport du degré de consistance on divise les corps sécrétés par la peau en substances liquides et volatiles; certains auteurs admettent en outre la sécrétion des corps solides, considérant qu'une grande partie des produits des échanges quitte l'organisme avec les couches de l'épiderme mort.

La fonction sécrétoire de la peau qui nous intéresse principalement et qui remplit un des rôles les plus importants de cet organe, en prenant part aux affaires de l'économie générale de l'organisme, est la sécrétion des corps volatiles, ce qu'on appelle la perspiration insensible de la peau (perspiratio insensibilis).

On a commencé à s'intéresser plus vivement à la question de la perspiration cutanée pendant la seconde moitié du siècle dernier. Milly, Jurine, Abernethy, Ellis, Cruikshank et Collard de Martigny ont démontré que la peau sécrète toujours une certaine quantité d'acide

carbonique anhydre, et Spallanzani, Barruel et Jagen-Hous donnent des observations précises sur la présence de l'azote dans les sécrétions volatiles de la peau normale (Magendie. *Journal de Physiologie,* XI, 1).

Abernethy et, après lui, Gerlach donnent les premiers calculs quantitatifs de la perspiration cutanée. Les résultats des deux auteurs diffèrent tellement, que la quantité d'acide carbonique comptée par Gerlach dépasse de plusieurs fois les chiffres du premier auteur.

Après eux Regnault et Reiset se sont occupés de cette question, ils ont fait des expériences sur des animaux ; leurs recherches ont démontré que la quantité d'acide carbonique sécrétée en vingt-quatre heures se monte à 9 grammes ; quant aux autres substances sécrétées par la peau, leurs résultats ont été quelquefois tout à fait contradictoires, aussi les chiffres donnés par ces auteurs n'ont qu'une valeur problématique.

Nous devons à Scharling des recherches assez précises sous ce rapport, entreprises sur la peau humaine. Cet auteur a dosé la quantité d'acide carbonique sécrétée par la peau pendant une heure. Elle varie de 0 gr., 224 à 0 gr., 373, donc de 3 à 9 grammes en 24 heures. Ses recherches démontrent ensuite que la quantité de CO^2 sécrétée est en rapport direct avec le poids du corps et l'âge de l'homme, et elle est toujours plus grande chez les hommes que chez les femmes.

Gerlach (*Müller's Archiv*, 1851), qui s'est occupé aussi de la sécrétion de l'acide carbonique par la peau, est arrivé à des résultats un peu différents de ceux de Scharling; ses recherches démontrent que la quantité de CO^2 sécrétée est bien plus grande que celle qui fut indiquée par les investigateurs précédents.

Il est facile de savoir pourquoi les résultats des recherches faites de la même manière présentent de telles contradictions, si nous considérons par quelles erreurs et par quelles inexactitudes ont péché les méthodes des auteurs nommés ci-dessus.

En passant sous silence les anciens modes d'observations, je ne mentionnerai que les méthodes dont se sont servis Regnault, Scharling et Gerlach.

Gerlach a enfermé une certaine quantité d'air sur un espace limité de peau au moyen d'une vessie de cheval recouverte d'une couche de vernis. Cette vessie, dont la capacité était connue, adhérait exactement aux limites de l'espace de la peau en observation ; par conséquent la température s'élevait très vite dans ce petit espace hermétiquement clos, et provoquait une exsudation cutanée abondante ; les éléments de la sécrétion liquide entraient donc en jeu dans l'analyse qualitative des éléments de la perspiration volatile. La même erreur a été commise par Lavoisier et Séguin, qui enfermaient le corps entier jusqu'au

cou dans un sac en caoutchouc adhérent hermétiquement, et déterminaient ensuite la qualité de l'air renfermé dedans après un laps de temps exactement déterminé.

Le procédé de Regnault et Reiset était bien exact; ils ont modifié la méthode précédente en faisant passer constamment un léger courant d'air déterminé par un gazomètre à travers l'espace fermé où se trouvait l'individu en question. On a reproché à ce procédé, que la personne enfermée dans l'appareil peut, malgré elle, infecter l'air par les gaz de l'estomac, ce qui ôte aux recherches leur valeur. Les travaux qui ont le plus de valeur scientifique sont ceux de Scharling et Hannover qui ont exécuté leurs essais de la manière suivante :

L'appareil dans lequel on enfermait la personne observée, était muni de deux tubes dont l'un servait à amener l'air séché et soigneusement débarrassé d'acide carbonique, pendant que l'autre évacuait au moyen d'une pompe aspirante l'air saturé des produits de la perspiration de la peau. Cet air était en outre conduit par une rangée de tubes en verre remplis d'acide sulfurique concentré et de lessive de potasse afin d'être complètement privé d'acide carbonique et d'eau. Un troisième tube enfin reliait la bouche de la personne enfermée avec l'air extérieur et y ramenait l'air exhalé. Les recherches conduites de cette façon étaient très exactes et donnaient à peu près les mêmes résultats que ceux que Ludwig a obtenus à l'aide de l'appareil qu'il a modifié (*Ueber die Maasbestimmung der Athmungsgase durch ein neues Verfahren*, 1867). Son appareil diffère de celui de Regnault en ce qu'il y a ajouté un gazomètre très bien construit, et qui fournit à l'espace enfermé la quantité d'oxygène nécessaire pour absorber les gaz exhalés.

Presqu'en même temps Pettenkoffer a construit son appareil, qui est analogue à celui de Scharling, avec un aspirateur actionné par un moteur à vapeur ; l'air évacué était mesuré au moyen d'un appareil à cadran très précis. Cet appareil était très cher et par conséquent ne s'est guère répandu.

On voit donc que, de tous les appareils employés jusqu'à présent, les trois derniers ont seuls une valeur, vu l'exactitude scientifique des expériences opérées.

La comparaison des chiffres trouvés dans la littérature montre jusqu'à quel point les résultats obtenus par les auteurs susnommés étaient contradictoires. Gerlach s'est efforcé de résoudre la question de savoir de quelle manière et jusqu'à quel degré a lieu l'augmentation de la perspiration, par suite de l'accroissement du travail musculaire. Les résultats qu'il a obtenus sont presque en tout point différents des conclusions des autres observateurs ; tandis que Gerlach a obtenu une grande quantité d'acide carbonique dans l'air perspiré après l'exercice musculaire, Abernethy n'en a trouvé aucune trace. Ce

n'est qu'après l'introduction de l'appareil modifié par Ludwig qu'on a pu contrôler les analyses des autres auteurs et démontrer les nombreux défauts des procédés employés jusqu'alors.

Ludwig démontre avec raison que ces erreurs provenaient en grande partie de ce que dans les analyses quantitatives on ne tenait pas compte de toute la différence qui a lieu entre la perspiration volatile ou insensible et la sécrétion liquide dont le mélange faussait souvent le résultat des recherches. D'après certains physiologistes, il est impossible jusqu'à présent d'évaluer d'une façon précise exclusivement la quantité de vapeur d'eau perspirée par la peau dans un temps déterminé, sans y compter aussi la quantité d'eau provenant de la sécrétion glandulaire.

Il n'y a pas de doute que la quantité d'eau dégagée par la peau sous forme de vapeur d'eau est très considérable et nous pouvons nous en convaincre en approchant de la surface de la peau tout à fait sèche une plaque de métal ou de verre de basse température; en peu de temps toute sa surface sera couverte de vapeur d'eau condensée, bien que la peau ne présente aucune trace d'humidité. En prenant pour base les calculs des auteurs relativement les plus exacts, nous admettons que la quantité d'eau perspirée par la peau est deux fois plus grande que la quantité d'eau dégagée de l'organisme par les poumons et qu'elle est en moyenne de 660 grammes en 24 heures.

Cependant il faut accepter ces chiffres avec réserve, car, comme je tâcherai plus loin de le démontrer, les fluctuations de l'intensité de la perspiration sont très considérables et dépendent directement de différents facteurs, tels que la température, l'exercice musculaire, la région du corps, etc.

Afin d'éviter toutes ces erreurs et inexactitudes commises jusqu'à présent dans les recherches sur la perspiration, Roehrig (1876) a adopté une méthode de son invention, en limitant les recherches à une certaine partie du corps, savoir une extrémité supérieure, qu'il enfermait dans une boîte en fer blanc jusqu'à l'épaule. Une boîte, d'un mètre de longueur, était munie d'une rondelle de caoutchouc au milieu de laquelle on avait pratiqué une ouverture qui laissait passer la main à l'intérieur de la boîte sans la serrer afin de ne pas gêner la circulation normale. Pour contrôler les expériences on marquait sur la peau avec du nitrate d'argent la place à laquelle arrivait le caoutchouc de la boîte. Celle-ci avait trois ouvertures, dans l'une d'elles était placé un thermomètre, des deux autres sortaient des tubes en caoutchouc par lesquels pouvait pénétrer et sortir l'air atmosphérique. L'air pénétrant dans l'appareil était d'abord débarrassé de l'eau et de l'acide carbonique qu'il contenait; à sa sortie, il était dirigé, pour être observé, dans un gazomètre à part, par un aspirateur de Bunsen, muni d'un manomètre. Pour arriver au gazomètre l'air

observé traversait toute une rangée de tubes en U remplis d'acide sulfurique et de lessive de potasse, pour absorber l'eau et l'acide carbonique. Des six tubes placés entre la boîte et l'aspirateur, les deux premiers et les deux derniers étaient remplis d'acide sulfurique, pendant que ceux du milieu renfermaient de la lessive de potasse. L'avant-dernier tube (plus proche de l'aspirateur) rempli d'acide sulfurique servait à absorber la vapeur d'eau, que l'air déjà desséché avait repris en route à l'hydrate de potasse, pendant que l'acide sulfurique du dernier tube empêchait la vapeur d'eau de l'aspirateur de retourner par un mouvement de recul. Tous ces tubes étaient exactement pesés avant et après l'expérience, l'augmentation du poids des tubes de verre remplis d'acide sulfurique donnait la quantité d'eau, celle des tubes contenant de la lessive de potasse, ainsi que l'avant-dernier (rempli d'acide sulfurique) permettait de déterminer la quantité précise d'acide carbonique anhydre renfermé dans l'air perspiré.

La balance dont on se servait dans l'essai en question était sensible au cinquième de milligramme ; l'essai avait duré deux heures. Par ces expériences Roehrig a démontré que l'air perspiré par la peau renferme toujours de l'eau et de l'acide carbonique et qu'à l'état normal on obtient les chiffres suivants :

EXPÉRIENCE	DURÉE	H_2O EN GRAMMES	CO_2 EN GRAMMES
1....	2 heures	0.069	3.120
2....	2 —	0.061	8.052
3....	2 —	0.071	3.950
4....	1 —	0.032	1.614
5....	2 —	0.082	4.913
6....	2 —	0.084	9.065

Rien que dans cette courte rangée de chiffres nous voyons diverses oscillations portant surtout sur la sécrétion de l'eau, quoique les expériences de Roehrig aient toujours été faites à la même heure, dans les mêmes conditions alimentaires et toujours dans une température uniforme.

Pour mieux comprendre la cause de ces oscillations, il faut considérer la physiologie de la respiration cutanée et se rendre compte des théories sur la perspiration de la peau qui ont conquis leur place dans la science.

La question de la respiration et de la perspiration en général appartient aux fonctions physiologiques qui ne dépendent pas d'un seul et unique mécanisme organique, l'appareil respiratoire, mais elle a lieu partout où, selon la loi de la diffusion, il s'accomplit un échange mutuel des gaz du sang et des tissus environnants. Le phénomène de la perspiration a donc lieu partout où le sang circulant n'est séparé que par une mince couche de l'air atmosphérique ; il s'opère dans les poumons de même que dans la trachée, dans l'œsophage et sur toute

la surface cutanée. Or la peau présente une grande surface respiratoire, où s'opère constamment une sécrétion d'eau et d'acide carbonique en plus ou moins grande quantité, à moins que l'épaisseur trop considérable de l'épiderme n'y mette obstacle.

L'intensité de la perspiration cutanée dépend donc tout à fait des conditions présentées par le réseau vasculaire de la surface respiratoire, c'est-à-dire de la quantité de sang traversant les vaisseaux cutanés dans un temps déterminé, ce qui dépend à son tour de différentes causes générales et locales. La quantité de sang renfermée dans les vaisseaux cutanés, dépend : 1° du calibre des vaisseaux périphériques ; 2° de la contraction des fibres musculaires de la peau ; 3° de l'énergie de la contraction cardiaque.

Cet aperçu suffit pour faire comprendre que toute une série d'oscillations et d'inexactitudes s'introduit toujours dans les résultats des expériences.

Tout le monde sait qu'un abaissement de la température extérieure cause une contraction des muscles cutanés (cutis anserina), de même que les nerfs sensibles peuvent produire un resserrement de la couche musculaire des parois vasculaires, ce qui rétrécit la lumière des vaisseaux et fait diminuer l'afflux du sang, tandis que l'élévation de la température extérieure a un effet diamétralement opposé.

Tous les moyens employés dans la thérapeutique qui ont pour but l'excitation de la perspiration cutanée, comme le massage, l'électricité, la sinapisation ne sont que des agents mécaniques, chimiques et thermiques qui, en produisant une congestion dans le réseau des vaisseaux périphériques, augmentent et causent indirectement l'intensité de l'échange des gaz aux points correspondants de la surface cutanée.

Quant à l'électricité, nous trouvons dans son action sur la peau et dans l'augmentation de la perspiration qu'elle produit un fait très caractéristique, dont je parlerai plus loin, en considérant l'influence générale des stimulants extérieurs sur l'énergie de la perspiration cutanée.

Il est prouvé depuis longtemps, que la stimulation du muscle cardiaque augmente la sécrétion des corps volatils par la peau, et les expériences de Gerlach ont démontré clairement, qu'après le travail musculaire, l'acide carbonique et l'eau apparaissent en plus grande quantité.

Excepté les agents susnommés qui jouent un rôle important dans la perspiration cutanée, la fonction repiratoire de la peau dépend encore des deux conditions suivantes : l'étendue de la surface respiratoire et la quantité de sang contenue dans l'organisme, éventuellement de la quantité de particules morphologiques qui le composent. Cette dépendance nous explique suffisamment et clairement les oscillations

de l'intensité de la respiration que Scharling fait dépendre du volume du corps, du poids, de l'âge et du sexe.

Il n'est pas douteux que l'activité de la perspiration augmente aussi sous l'influence de toute une série de facteurs qui produisent une congestion périphérique, tels que les bains additionnés de substances irritantes, les vêtements chauds, les boissons alcooliques, certains corps chimiques, surtout appartenant au groupe des alcaloïdes, les excitations d'origine centrale, de même que les influences psychiques produisant des modifications vaso-motrices périphériques.

Il résulte des notions que nous possédons actuellement sur les rapports du sang avec les gaz, que le sang, ou plutôt les globules rouges ont une grande affinité pour l'oxygène, et que théoriquement l'absorption de l'oxygène dans les capillaires du corps papillaire s'expliquerait complètement, rien que par la différence de pression de ce gaz dans l'air atmosphérique et dans le système vasculaire de la peau.'

Le très petit nombre d'expériences faites sur ce sujet par Regnault et Gerlach ne pouvait pas donner des résultats précis. Les observateurs n'ont pas relevé directement les quantités absolues d'oxygène absorbées par la peau, mais ils les calculaient à la fin de l'expérience, d'après la proportion d'acide carbonique et d'azote contenue dans l'air respiratoire, en se basant sur l'hypothèse que la quantité d'azote contenue dans l'air n'a pas été altérée par la perspiration cutanée. Regnault arrive ainsi à la conclusion que la quantité d'oxygène absorbée répond tout à fait à la quantité d'acide carbonique sécrétée. Des expériences de Gerlach (*Archiv f. Anatom. u. Phys.*), il résulte que l'acide carbonique dégagé présente la proportion suivante = 1 : 2, 31 — 1 : 1, 28, alors que le rapport de la quantité d'oxygène absorbée par la peau à la quantité de ce gaz aspirée par le système respiratoire est de 1 : 1, 47. Gerlach a calculé que la quantité d'oxygène absorbée par toute la surface cutanée est de 339, 2739 centimètres cubes en 24 heures et peut s'élever après un exercice musculaire considérable à 690, 606 centimètres cubes.

Il faut accepter les résultats du travail de Gerlach avec cette réserve qu'ils contiennent des erreurs provenant de l'omission complète des oscillations dans le contenu de l'azote qui, d'après lui, n'entre point en jeu dans la perspiration cutanée. Nous savons pourtant que Funke a évalué la perte journalière d'azote par la peau à 0,71 centimètres cubes, quoique Bischoff et Voit croient que ce chiffre est décidément trop élevé, et prétendent que la plus grande quantité d'azote est éliminée avec les couches mortes de l'épiderme et qu'une petite quantité seulement de ce corps s'élimine par la perspiration cutanée. Abernethy démontre, au contraire, par des expériences personnelles que dans le total des substances volatiles perspirées par la peau

l'azote entre pour un tiers, mais on ne peut guère se fier à ces résultats, car les recherches très exactes de Funke, Fick et Bischoff montrent que la sécrétion d'azote ne peut jamais, ni en aucune condition, atteindre ce chiffre.

C'est précisément dans la question de la coopération de l'azote à la perspiration cutanée que la littérature présente les contradictions les plus frappantes ; pourtant la plupart des auteurs (Fick, Bischoff, Reiset, Chaussier) sont d'accord pour admettre que la quantité d'azote n'est que minime dans la perspiration cutanée, ce qui résulte de la faiblesse du coefficient d'absorption du sang pour ce gaz ; la même opinion s'applique aussi à l'ammoniaque dont la présence dans la perspiration cutanée est jusqu'à ce jour très douteuse.

Quoiqu'il y ait des contradictions entre de nombreux auteurs au sujet de l'absorption des gaz par la peau, il est certain que la quantité des gaz aspirée n'a aucun rapport avec les quantités perspirées, et est si minime qu'elle est presque négligeable. Précisément, cette supériorité de la fonction sécrétoire sur la fonction absorbante de la peau est tout à fait justifiée par la structure de celle-ci. On sait qu'une grande quantité de vapeur d'eau et de substances volatiles est éliminée avec la sécrétion des glandes qui ne peuvent agir en sens inverse, c'est-à-dire puiser l'eau et les gaz de l'air atmosphérique pour les faire pénétrer dans l'organisme. Il faut ensuite considérer que ces éléments restent dans les vaisseaux cutanés sous une pression considérable qui facilite leur sortie à travers les couches épidermiques et au contraire empêche leur diffusion en sens inverse.

La question prend un aspect tout à fait différent, si l'on augmente la pression de certains gaz de la peau, ou si l'on place un animal dans une atmosphère de gaz qui n'existent pas du tout, ou n'existent qu'en très petite quantité dans les tissus. Dans ces cas, les gaz sont absorbés par la peau même, en quantité considérable, comme le prouvent les expériences de Nisten, Lebkuechner et Chaussier.

Quant à la quantité absolue des substances contenues dans la perspiration volatile cutanée en 24 heures, on ne possède pas de chiffres précis jusqu'à présent, car on n'a jamais déterminé directement la quantité éliminée par la peau toute seule, mais on l'a déduite des chiffres exprimant la perte du poids en général, et comprenant par suite également les pertes se produisant par la voie respiratoire.

Les recherches exécutées par Cruikshank, Dalton et Anselmius, spécialement pour différentes parties du corps, par exemple pour les extrémités supérieures ou inférieures, ne permettent pas de se rendre compte de la perte générale du poids pendant un certain temps. Ces auteurs ont eu le tort de calculer la perspiration de la totalité de la surface cutanée, d'après ses rapports de proportion avec la surface d'une extrémité, sans même considérer que la disposi-

tion des appareils glandulaires est différente dans diverses régions du corps. M. Krause a tâché de vaincre ces difficultés en mesurant très exactement la surface de la peau. D'après ses recherches, il faut admettre 15 pieds carrés comme moyenne de la surface du corps. Funke a couvert un cadavre de morceaux de papier de dimensions connues, de façon qu'ils ne faisaient pas le moindre pli et qu'ils s'appliquaient exactement l'un à l'autre, et il est arrivé à des résultats analogues. Ces mensurations ont sans doute quelque valeur, mais il n'est pas admissible d'en déduire des mesures d'une précision scientifique.

Roehrig, ayant mesuré la perspiration générale d'une extrémité supérieure, pour laquelle il a trouvé une moyenne d'acide carbonique de 0.828 et une moyenne d'eau de 37.320 en 24 heures, et admettant que la surface de la peau entière est 17 fois plus grande que celle de l'extrémité supérieure, obtient pour tout l'organisme en 24 heures :

CO^2 = 14,0760 grammes (d'après Scharling, 10 grammes).

H^2O = 634,4400 grammes.

Et comme perte générale par la perspiration, 648,5160 grammes par jour.

La méthode que Séguin (*Mém. de l'Acad. de médecine de Paris*) a adoptée pour évaluer la perspiration, consiste à couvrir le sujet de l'expérience pendant plusieurs heures d'un vêtement en caoutchouc hermétiquement clos et muni seulement d'une ouverture pour éliminer l'air respiratoire. La pesée du sujet avant et après l'expérience donne les moyennes de la perspiration générale. Ce procédé, d'après l'auteur, n'est pas sans défauts, dont le principal consiste en ce que le petit espace enfermé dans le sac en caoutchouc se remplit très vite d'une quantité considérable de vapeur d'eau, ce qui a une influence négative sur la perspiration consécutive. Donc, pour déterminer les oscillations de la perspiration dans différentes conditions, d'après la méthode de Séguin, on rencontre encore une difficulté, à savoir que de cette façon il n'est pas possible de calculer simultanément la perte des substances volatiles par la perspiration pulmonaire. Malgré ses inexactitudes, cette méthode montre que la perte des substances par la perspiration cutanée atteint 917 grammes en 24 heures, c'est-à-dire environ 1/67 du poids du corps. Les calculs des autres expérimentateurs donnent des chiffres un peu différents ; d'après Rye cette perte ne s'élève qu'à 1/85 du poids du corps et sa moyenne est de 1,037 grammes, et Valentin n'arrive qu'à 791,75 grammes comme maximum.

En outre, il résulte du travail de Séguin qu'il y a toujours un rapport constant entre la respiration et la perspiration et que la quantité des produits sécrétés par la peau est à la quantité dégagée par l'appareil comme 2 est à 1, tandis que d'après les recherches de Valentin

le rapport est de 9 : 5. Valentin regarde cette proportion comme très peu probable, de même qu'en général le fait que la quantité des matières perspirées par la peau, dépasse autant la somme des produits exhalés par les poumons; ce qui n'étonne point si on considère que la plus grande partie de la perspiration est constituée par de la vapeur d'eau et que la quantité d'acide carbonique sécrétée par la peau est à la quantité du même gaz dégagée par les poumons comme 25 est à 90.

La perte subie par la voie respiratoire paraît si insignifiante, parce que par cette voie l'organisme absorbe simultanément une grande quantité d'oxygène pour équilibrer la perte qu'il éprouve, de sorte que la quantité de matières éliminée par l'appareil respiratoire est de beaucoup supérieure (plus de deux fois) à la perte de poids proprement dite, tandis que dans la perspiration cutanée, la proportion de la quantité d'oxygène assimilée à la quantité sécrétée d'acide carbonique est de 1 : 137 (Gerlach).

Il résulte aussi de ces chiffres que l'échange des substances volatiles n'est qu'une petite partie de la perspiration cutanée, surtout si on la compare avec la quantité considérable d'eau éliminée par la même voie. Il faut donc considérer la peau, comme un organe complétant les fonctions de l'appareil respiratoire, qui dans certains cas peut agir en guise de remplaçant, comme le prouvent les expériences de M. Roehrig, dans le cours de nombreuses maladies de l'appareil respiratoire.

On peut constater cette action compensatrice non seulement dans toute une série de maladies des poumons et des bronches, mais encore toujours dès que le nombre des respirations diminue ou bien lorsque la respiration devient irrégulière et superficielle. Outre les particularités de la perspiration cutanée, dont nous avons parlé, il faut en mentionner encore une qui résulte directement des relations des facultés perspiratrices de la peau avec la température extérieure, relations qui font de la fonction perspiratrice un régulateur des oscillations de la température de l'organisme et un adjuvant du rôle des vaisseaux périphériques.

Les conséquences tirées des diverses expériences physiologiques exécutées sur la perspiration cutanée démontrent nettement que la perspiration joue un rôle important dans l'économie générale de l'organisme.

On peut s'en convaincre en premier lieu chez les animaux à sang froid chez lesquels la perspiration cutanée peut remplacer presque totalement la respiration pulmonaire. Des grenouilles, dépourvues des poumons, peuvent survivre assez longtemps, même sans altération considérable des échanges.

Pourtant, d'autre part, il faut considérer que l'épiderme des amphibies n'est pas muni d'une couche cornée, ce qui rend possible une

perspiration beaucoup plus intense que chez l'homme, où l'oxydation et les échanges gazeux exigent un appareil spécial.

On s'est efforcé depuis longtemps de connaître tous les écarts des fonctions physiologiques provenant de la suppression totale de la perspiration cutanée. Chez les animaux dont la peau est couverte d'une couche imperméable de différents vernis tels que le goudron, l'albumine, la gomme, l'huile ou le plâtre, on a rencontré constamment une série de symptômes pathologiques plus ou moins intenses suivant l'étendue de la surface épidermique dont on a empêché la perspiration : accélération simultanée du pouls et de la respiration, puis un certain abaissement uniforme de température, un ralentissement du cœur et de la respiration, enfin la mort précédée d'asphyxie et d'une hypothermie atteignant jusqu'à 19° ou 20° C.

Ces expériences ont été faites par Fourcault, Ducros, Becquerel et Breschet, et beaucoup plus tard par Gluge, Magendie, Gerlach, Edenhuizen, Bernard, Laschkewitsch, Funke et d'autres savants. Toutes ces expériences montrent que le temps qui s'écoule depuis la perspiration jusqu'à la mort est en rapport direct avec la taille de l'animal ; plus l'animal est petit, c'est-à-dire plus la surface du corps est grande par rapport à son poids, plus vite il succombe. Si on transporte les animaux vernis dans une pièce chauffée à 25° C., ils périssent beaucoup plus tard et même, si le déplacement n'a pas lieu trop tard, on peut encore les faire revivre. L'autopsie montre une congestion et une infiltration cellulaire du chorion et des couches inférieures du réseau de Malpighi, çà et là des foyers de suppuration surtout dans la sphère des papilles, une hyperhémie des organes internes, surtout des reins, et des épanchements dans les séreuses. Les urines renferment toujours une quantité considérable d'albumine.

La cause immédiate de la mort par suppression de la perspiration cutanée est encore de nos jours une question ouverte, et les théories qui prétendent expliquer les symptômes cliniques sont très nombreuses dans la littérature. Autrefois on attribuait tous ces symptômes à la rétention d'une grande quantité d'acide carbonique et d'eau dans l'organisme.

Pourtant les symptômes qu'on observe chez les animaux vernis ne correspondent pas exactement aux symptômes de l'empoisonnement par l'acide carbonique et, si on considère quelle minime quantité de cette substance entrerait en jeu, on pourrait s'étonner que cette théorie ait tant d'adeptes.

Quant à l'eau qui se dégage de l'organisme en si grande quantité par la perspiration, on a attribué pendant longtemps à sa surabondance dans l'organisme la cause principale des symptômes décrits, et Delaroche a tâché de prouver l'exactitude de cette théorie par l'expérience suivante :

Au lieu de vernis il a entouré les animaux d'une couche de vapeur d'eau dont la température était analogue à celle du corps; les animaux périssaient après un certain temps avec des symptômes identiques, excepté que la température du corps se maintenait à la même hauteur jusqu'à la fin de l'expérience. Nous avons donc ici des conditions tout à fait différentes et surtout, ce qui est essentiel, c'est que la couche de vapeur d'eau dans l'expérience de Delaroche entrave la perspiration de même que le dégagement d'eau par les organes respiratoires. En outre, Reiset a prouvé par une série d'expériences que, dès que toute la peau est entourée d'une couche de vapeur d'eau, les poumons se chargent de remplacer les fonctions perspiratrices et que si la vapeur d'eau ne met point d'obstacle à la perspiration par les poumons, il ne peut être question d'aucun trouble dans l'organisme.

De nombreux auteurs, entre autres plusieurs auteurs allemands, ont émis l'opinion que certaines substances, encore inconnues et qui à l'état normal sont éliminées précisément par la perspiration, causent tous les symptômes consécutifs à la suppression de la perspiration cutanée; ce seraient des corps toxiques volatils d'une odeur caractéristique. Certains auteurs attribuent à ces substances l'odeur de la peau normale, variable suivant la prépondérance des matières volatiles et tout à fait indépendante des sécrétions des glandes sébacées et sudoripares. On sait depuis longtemps que la peau normale, indépendamment de la sécrétion glandulaire, élimine certains produits volatils d'une odeur caractéristique qui déterminent certaines différences suivant les animaux et même suivant les races humaines. On sait aussi que certains corps chimiques introduits dans l'organisme donnent une odeur particulière à la perspiration cutanée; tels sont les oestres, les balsamiques, etc., et les anciens médecins affirmaient que, dans certaines maladies contagieuses et surtout dans les exanthèmes aigus, la peau dégage une odeur caractéristique (Schœnlein-Heim).

Jusqu'à présent on n'a pas réussi à déterminer la composition chimiques des corps volatils sécrétés par la peau sans l'intermédiaire des glandes. Gad et Wurster qui se sont occupés de cette question affirment qu'ils y ont trouvé un corps oxydant, car ils obtenaient toujours, en employant comme réactif du papier saturé de solution de tétraméthylparaphénylendiamine, une couleur d'un bleu violet. Cette réaction apparaissait après une saponification soigneuse des sécrétions glandulaires de la peau; donc il ne peut être question que des substances éliminées directement par les couches épidermiques.

Edenhuizen soutient qu'on a affaire ici à des bases volatiles, car il réussissait toujours à obtenir chez les animaux vernis, dans les régions non enduites, une réaction alcaline provenant, d'après lui, probablement de traces d'ammoniaque; il n'a jamais trouvé cette réaction sur la peau normale. Cet auteur a aussi trouvé plusieurs fois sous la couche de vernis, c'est-à-dire sur la peau altérée par le vernissage,

des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Cependant il faut considérer les substances analogues et en général les substances azotées trouvées dans des circonstances identiques, comme des produits de la décomposition des matières organiques, surtout des cheveux et de l'épiderme macérés pendant longtemps sous la couche de vernis très adhérente. Du reste, il est très probable que l'ammoniaque rentre dans la catégorie des matières constamment et en quelque sorte physiologiquement sécrétées par la peau en quantités minimes, de même qu'une petite quantité de cette base est éliminée par voie respiratoire (Thiry). Laschkiewitsch a combattu cette théorie qui place les causes de la mort des animaux vernissés dans ce *perspirabile retentum* en injectant aux animaux bien portants, le sang d'animaux vernis ; cette expérience ne provoque aucun effet dangereux. Elle n'est pourtant pas sans reproche, car l'auteur n'a injecté qu'une très petite quantité de sang, laquelle pouvait ne pas contenir une dose suffisante de la substance capable de causer des symptômes morbides. Roehrig, en injectant dans une veine une plus grande quantité de la sécrétion des glandes sudoripares, obtenait toujours des symptômes d'empoisonnement avec une grande élévation de la température qui s'abaissait insensiblement au bout d'un certain temps ; il croit que, puisque ni les acides gras ni les sels de la sécrétion glandulaire ne provoquent pas des symptômes analogues, on doit attribuer tous ces symptômes au mélange des corps volatils de la perspiration insensible.

Les expériences de Roehrig semblent confirmer la théorie de la rétention, mais de nombreux physiologistes y ont opposé ce fait que les troubles accompagnant la suppression totale de la perspiration cutanée sont qualitativement et quantitativement différents chez divers animaux. Si l'on devait attribuer les symptômes susdits à des substances retenues dans l'organisme, celles-ci ne manqueraient pas de causer dans les mêmes conditions toujours des troubles analogues et identiques. C'est chose connue que, chez les animaux à sang froid, la perspiration cutanée joue un rôle infiniment plus important que chez les autres animaux, qui réagissent d'une façon très diverse à l'action de ces toxiques. Cette différence repose en grande partie sur les diverses particularités de la structure histologique de la peau chez les différents animaux. Ces particularités se rapportent avant tout à l'épaisseur de la couche épidermique, à la conformation des glandes et à l'abondance des vaisseaux cutanés. Les conditions sont tout à fait différentes si on expérimente sur le chien, dont la peau est totalement dépourvue de glandes sudoripares et chez lequel la perspiration s'opère en partie par diffusion et en partie par le dégagement de la vapeur d'eau, et des substances volatiles par les follicules pilaires, aussi on expérimente sur le lapin dont la peau contient une grande

quantité de glandes sudoripares et sébacées. Cette objection est tout à fait justifiée et a contribué avec nombre d'autres à faire rejeter la théorie de la rétention qui pourtant trouve encore des adeptes.

Certains physiologistes français, ainsi qu'une fraction de l'école allemande, inclinent décidément vers l'opinion, que la cause de ces troubles organiques susnommés réside dans la congestion périphérique produite par le vernissage ainsi que dans la perte du calorique qui entraîne à sa suite l'abaissement de la température du corps ; cependant cette théorie ne peut pas expliquer tous les autres symptômes et entre autres l'élévation de la température qui succède immédiatement à la suppression de la perspiration.

Pour rendre compte des différentes contradictions que démontre le résumé des diverses théories proposées pour expliquer les troubles causés par la suppression de la perspiration cutanée, il nous faut encore rechercher quelles sont les parties de la peau qui prennent une part active à la perspiration insensible.

Il existe deux opinions à cet égard : Certains physiologistes sont d'avis qu'il faut attribuer le rôle le plus important dans la perspiration insensible aux glandes sudoripares et que les follicules pilaires, de même que la couche papillaire, les vaisseaux y compris, n'y prennent qu'une part minime.

D'autres auteurs, Krause à leur tête, refusent aux glandes sudoripares toute participation à la fonction perspiratrice en prétendant que toute la perspiration se fait en partie par les follicules, mais principalement à travers toutes les couches épidermiques dans les portions interglandulaires de la peau. Si on se représente la peau comme divisée par de nombreux sillons en une quantité innombrable de petits champs (*état chagriné*), la perspiration cutanée se produit, d'après ces auteurs, précisément sur la surface même de ces champs, et seulement pour une petite part sur leurs bords. Aussi a-t-on comparé la couche papillaire de la peau aux corpuscules de Malpighi du rein, en considérant la peau comme un grand appareil glandulaire, entouré d'une manière analogue par les couches de l'épiderme. Krause a essayé de démontrer la véracité de cette opinion par une expérience à laquelle il a consacré beaucoup de peine et de travail.

Krause a calculé d'une façon précise que la surface totale, formée par les orifices de toutes les glandes sudoripares de la peau entière, ne suffit pas à l'écoulement de la quantité d'eau éliminée par la perspiration, les expériences sur l'évaporation de l'eau dans une température de 35° C., c'est-à-dire la température moyenne de la peau animale, dans un espace restreint ayant démontré que la surface totale représentée par les orifices des glandes sudoripares suffisait à peine pour l'évaporation de 2/8 à 2/9 de toute la quantité du liquide pers-

piré. Bien que les calculs de M. Krause démontrent que l'épiderme prend une part éminente à la perspiration cutanée, cependant, d'autre part, les calculs de cet auteur ne sont pas irréprochables. M. Krause a étudié des fragments de peau découpés avec un cercle à diamètre connu et il a calculé la quantité de glandes sudoripares contenues dans un pouce carré de peau. Cette méthode lui a fourni les résultats suivants.

La peau du front renferme dans l'espace d'un pouce carré	1,258	glandes
— des lèvres	548	—
— du thorax et de l'abdomen	1,136	—
— du cou	1,303	—
— de l'avant-bras	1,124	—
— de la paume de la main	2,736	—
— du dos de la main	1,490	—
— de la cuisse	576	—
— de la plante du pied	8,685	—
— du dos du pied	924	—

Krause donne comme moyenne la somme de 1,000 glandes sudoripares sur un pouce d'espace cutané et 2,381,248 pour tout l'organisme. En déterminant le diamètre des orifices des canaux glandulaires, il a obtenu 7,896 pouces carrés comme surface totale pour la vaporisation de la sécrétion perspirative répandue sur la surface entière de la peau. En admettant comme maximum de vaporisation dans une température de 35° C. en une minute sur un pouce carré 0,0575 grammes, il a obtenu comme poids moyen d'eau sécrétée sur toute la surface en 24 heures 119,045 grammes. Il en résulte qu'une partie insignifiante seulement du liquide perspiré sort de la peau par la voie glandulaire et que le maximum doit passer par les couches de l'épiderme. Les résultats de Krause ne concordent pas tout à fait avec les chiffres obtenus par Séguin qui a observé la peau entièrement sèche. Déjà une des prémisses acceptée par Krause est erronée, savoir la supposition que les conditions d'évaporation de l'eau contenue dans un réservoir en métal ou en verre et celles des sécrétions perspirées sur la surface de la peau sont identiques. Ensuite l'évaluation de la quantité totale des glandes sudoripares d'après la numération faite sur un petit lambeau de peau, et l'hypothèse que tous les orifices glandulaires ont un diamètre égal ne présentent qu'une valeur problématique. Afin de prouver ses résultats et en même temps d'établir que l'épiderme peut en effet prendre part à la perspiration cutanée, Krause a entrepris une suite d'expériences, d'où il résulte que les couches épidermiques laissent facilement passer les substances volatiles et liquides qui arrivent à la surface par les interstices des couches cellulaires.

Les travaux de Reinhard (*Zeitschrift f. Biologie*) ont démontré

que les couches épidermiques prennent une part très considérable à la sécrétion de produits volatils. M. Reinhard a prouvé que l'intensité de la perspiration de la peau de la joue est bien plus grande que celle de la peau de la paume de la main, bien que le rapport quantitatif des glandes de ces deux parties soit inverse.

Il résulte des diverses expériences entreprises sur ce sujet, que les glandes prennent en tous cas une certaine part à la perspiration des substances volatiles; cependant l'intensité de la perspiration insensible n'est pas en rapport direct avec le nombre d'appareils glandulaires dans un espace donné de la peau, elle dépend bien plus de différentes circonstances dont nous parlerons plus loin.

II

On a commencé dans la seconde moitié de notre siècle à s'occuper de l'intensité de la perspiration insensible de la peau au moyen d'appareils spéciaux.

M. Weyreich (*Die unmerkliche Wasserverdunstung der menschlichen Haut*, 1862) a été le premier, qui ait cherché à mesurer l'intensité de la perspiration. Son procédé consiste à faire communiquer avec l'hygromètre condenseur de Daniel-Regnault, une cloche en verre adhérant parfaitement à la peau; de cette façon Weyreich déterminait la quantité de vapeur d'eau dégagée de la surface cutanée sur une étendue et dans un temps donnés, mais il n'a pas fait d'expériences systématiques à cet égard, aussi n'a-t-il pas laissé d'observations qui pourraient donner une idée de la valeur de ce procédé.

Dix ans plus tard, le naturaliste français Bouland a de nouveau cherché à déterminer la perspiration cutanée insensible par la méthode hygroscopique. Son appareil se compose d'un entonnoir en verre à la partie supérieure duquel est fixée une vessie de grenouille remplie de mercure. De ce sac sort un tube capillaire à parois épaisses et à direction horizontale, muni d'une échelle que l'auteur a déterminée empiriquement de la manière suivante; on a d'abord soigneusement saturé les parois du sac avec de la vapeur d'eau; le sachet s'est dilaté par conséquent jusqu'à un certain maximum en même temps que le mercure du tube capillaire reculait vers le sac, pour arriver à un certain point fixe; ce point, marqué 100, répond ainsi à la plus grande quantité de vapeur d'eau dans l'entonnoir en verre; on marque 0 au point où arrivait le mercure lorsque l'on avait placé pendant un certain temps dans l'entonnoir de l'acide sulfurique ou du chlorure de calcium, c'est-à-dire des substances qui après avoir absorbé l'eau des parois de la vessie produisaient la contraction du sachet en chassant partiellement le mercure dans le tube.

Avec cet appareil, Bouland a étudié l'intensité de la perspiration cutanée normale sur différentes régions du corps et dans différentes conditions concernant surtout la température extérieure. Pourtant ces recherches n'ont pas été faites d'une façon systématique et n'ont abouti à aucun résultat positif, parce que l'auteur n'avait pas indiqué l'intensité de la perspiration pendant un temps donné, ce qui fait que les chiffres ainsi obtenus n'ont qu'une valeur approximative.

La méthode donnée par Bouland est tombée en oubli, nous en trouvons à peine de courtes mentions dans les revues spéciales et personne n'a étudié l'intensité de la perspiration d'après la méthode de Weyreich.

Le professeur Cybulski m'a encouragé à exécuter toute une série d'expériences ayant pour but de rechercher l'intensité de la perspiration insensible de la peau normale et pathologique, et de déterminer la quantité d'acide carbonique exhalée par une certaine étendue de la surface cutanée, tout en notant l'influence de différents agents extérieurs sur la perspiration cutanée en général.

Les expériences que j'ai faites, en partie sur des malades et en partie à l'Institut physiologique, m'ont conduit à des résultats dont je parlerai plus loin.

J'ai construit un hygroscope dont je me suis servi pour mes expériences, dans le laboratoire du professeur Cybulski. Au lieu de la vessie urinaire j'ai employé dans le même but l'estomac d'une grenouille, après l'avoir préparé en enlevant soigneusement la membrane muqueuse jusqu'à la couche musculaire. Après y avoir introduit le bout recourbé d'un tube capillaire, cet estomac fut rempli de mercure, puis soigneusement lié et placé dans un entonnoir en verre dont la base avait 4,5 centimètres de diamètre. J'ai muni le tube d'une échelle expérimentalement déterminée (0-100), puis tout l'appareil fut monté dans un cercle en métal doublé à l'intérieur d'une bague de bois pour éviter le contact de l'entonnoir avec le doigt ou la paume de la main, ce qui aurait pu produire une élévation de la température de l'air contenu dans l'entonnoir et influer sur les oscillations du mercure pendant le cours de l'expérience. Après avoir rigoureusement essayé la stabilité des points extrêmes de l'échelle, j'entrepris d'abord des expériences sur la peau normale pour déterminer l'intensité de la perspiration insensible sur différentes régions du corps.

Mes expériences furent toujours faites à la même heure (entre 2 et 4 heures) à une température extérieure uniforme sur la peau tout à fait sèche ; de la sorte j'examinais autant que possible toutes les oscillations provenant de la *perspiration sensible*. Comme unité moyenne de temps pour l'indication la plus précise possible de l'intensité de la perspiration pour une surface cutanée répondant à la périphérie de la base de l'appareil, j'ai choisi expérimentalement trois minutes après

une observation très précise des oscillations de la colonne de mercure dans le tube ; j'ai noté qu'après ce laps de temps, le mercure oscille encore, mais après 2 minutes il retourne au point qu'il occupait auparavant. Si l'on prolonge l'expérience encore de 2 minutes, on voit paraître à la surface de la peau, jusqu'alors tout à fait sèche, des gouttes de sueur causée par la vapeur d'eau accumulée en surabondance dans l'entonnoir, et on fait intervenir une cause d'erreur qu'il faut éviter puisqu'il s'agit seulement de l'indication de l'intensité de la perspiration insensible.

En résumant les chiffres déterminant l'intensité moyenne de la perspiration insensible de la peau normale, nous arrivons à des résultats qui, eu égard à la localisation, présentent les données suivantes :

1° La perspiration présente la plus grande intensité sur la peau qui recouvre les muscles fléchisseurs, puis au niveau des articulations également du côté de la flexion, sur la peau de l'abdomen entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde du sternum, sur la paume des mains et la plante des pieds, sur le cou, au-dessus de la clavicule, sur le dos entre les épaules et sur les joues.

2° La force de la perspiration est très insignifiante du côté de l'extension des membres de la région lombaire et à la nuque.

3° L'intensité de la perspiration chez le même individu et sur une surface donnée de la peau se traduit toujours par un même chiffre (de l'échelle de l'appareil), sauf quelques exceptions dont il sera question plus tard.

Les recherches que j'ai entreprises à cet égard sur une quantité considérable de malades démontrent que ces chiffres restent en rapport permanent entre eux, naturellement à la condition qu'il n'intervienne aucun des agents, qui par eux-mêmes modifient les conditions physiologiques de la perspiration.

Un des facteurs les plus importants est représenté par l'influence de l'air ambiant.

Les recherches démontrent qu'un changement d'un seul degré centigrade dans la température extérieure modifie l'intensité de la perspiration insensible ; les expériences des physiologistes et surtout de Roehrig nous apprennent que la perspiration cutanée augmente en rapport direct avec l'élévation de la température et diminue aussi à mesure que celle-ci tombe. J'ai pu faire la même constatation à l'aide de l'hygroscope ; en observant la même surface de peau à des températures différentes, j'ai pu noter qu'une différence d'un degré centigrade produit une différence de 5 degrés de l'échelle, rarement moins, souvent davantage. Cette différence devient très considérable, surtout quand la température baisse et particulièrement s'il y a une réfrigération locale de la peau ; la perspiration peut dans ces conditions tomber à des chiffres minimes, presque jusqu'à 0.

Il résulte du résumé des chiffres exprimant l'intensité de la perspiration dans différentes régions du corps, dans des conditions tout à fait normales, que le rapport des chiffres obtenus à l'aide de l'hygromètre reste fixe dans tous les cas pour les régions du corps identiques.

	POURTOUR DE LA BOUCHE	RÉGION SUSCLAVIC.	POINTE DU CŒUR	RÉGION INTERSCAP.	RÉGION POPLITÉE	PLANTE DU PIED	PAUME DES MAINS	NUQUE	RÉG. SACRÉE	DOS DE LA MAIN
1	85	70	74	68	70	72	66	45	40	42
2	80	66	72	65	72	68	68	40	38	40
3	78	64	73	63	70	65	66	42	40	38
4	76	64	72	60	71	66	64	38	32	34
5	78	66	70	61	70	64	62	36	34	30
6	80	64	72	62	68	70	60	38	35	33
7	78	62	71	61	70	72	58	36	30	29
8	76	60	69	66	71	68	56	32	32	30
9	80	71	71	60	69	70	62	34	36	31
10	82	72	68	61	59	68	64	30	31	36
11	86	73	66	62	60	70	64	29	29	38
12	82	69	69	63	71	73	67	30	33	40
13	89	75	70	65	69	68	66	33	36	42
14	87	75	68	66	70	70	59	36	35	37
15	82	68	65	60	70	73	68	40	36	39
16	79	67	66	61	71	68	67	39	40	28
17	76	66	62	61	69	68	63	41	35	31
18	80	71	68	59	70	66	58	38	31	28
19	78	69	64	58	68	62	61	40	29	30
20	72	63	62	60	67	64	59	36	33	39

La manière dont se comporte l'intensité de la perspiration pendant les changements de température intérieure, par exemple chez des fébricitants, mérite une attention spéciale. Pendant des expériences à cet égard, j'ai eu l'occasion de constater chaque fois que l'augmentation d'intensité de la perspiration parallèle à l'élévation de la température dépend toujours avant tout de la région du corps considérée, de sorte qu'on trouve chez un malade fébricitant *cæteris paribus*, la perspiration beaucoup plus intense du côté des muscles fléchisseurs ou au cou que du côté de l'extension des membres ou dans la région lombaire. On voit donc que le principe de la localisation de la perspiration trouve ici aussi son application. Quant à la cause de l'intensité même qui accompagne l'élévation de la température du corps, j'ai pu constater les détails suivants :

L'augmentation de l'intensité de la perspiration ne suit uniformément

l'élévation de la température que jusqu'à un certain maximum ; mais au delà de certaines limites, l'intensité de la perspiration monte encore, mais bien moins rapidement que la température.

Ainsi en observant l'intensité de la perspiration au-dessous du coude, on voit qu'une élévation de la température de 1° C. répond à une augmentation de l'intensité de la perspiration de 20° de l'échelle de l'hygroscope.

L'intensité de la perspiration ne se comporte de cette manière que jusqu'à 38, 5° C. A une température plus élevée, elle augmente, mais bien plus lentement ; à partir de cette limite une élévation de la température de 0° 1 C. répond à un degré de l'échelle de l'appareil. Donc l'augmentation de la perspiration qui accompagne la fièvre au delà de de 38, 5° C. devient de moitié plus faible (c'est-à-dire que 1° C. équivaut à 10 de l'échelle de l'appareil). L'intensité monte ainsi assez uniformément jusqu'à 40° C. Il serait très intéressant de connaître les modifications de la perspiration au-dessus de 40° C., de savoir si son intensité augmente encore dans les mêmes proportions ou bien si l'augmentation devient moins prononcée à mesure que la température s'élève.

Malheureusement, je n'ai pas pu continuer mes recherches à cet égard.

L'intensité de la perspiration au-dessous de 40° est presque toujours fixe.

J'ai pu m'en convaincre bien souvent sur les malades fébricitants pour lesquels je déterminais la moyenne des chiffres obtenus, en tenant compte des conditions secondaires qui pouvaient avoir une influence quelconque sur les changements de l'énergie de la perspiration.

Par les quelques exemples exposés dans le tableau ci-après, on peut se convaincre que le rapport entre l'intensité de la perspiratoin d'une part, et la fièvre d'autre part, se maintient toujours dans les proportions signalées précédemment.

Pour rendre plus clairement évident le rapport qui existe entre l'intensité de la perspiration et la température du corps je reproduis ici quelques courbes obtenues à l'aide de l'hygroscope pendant la durée de la fièvre et je dois ajouter ici que dans les cas observés l'intensité de la perspiration a été mesurée invariablement dans les mêmes régions du corps. Chaque fois la détermination a duré 3 à 5 minutes et toujours pendant que le malade était couché, enfin toujours dans des condtions identiques. Je n'ai jamais pu constater d'influence de l'accélération du pouls ou de la respiration sur l'intensité de la perspiration, quoique j'aie souvent dirigé mon attention sur ce point. Certains auteurs et surtout Roehrig, en observant la sécrétion d'acide carbonique et d'eau par la peau de sujets atteints

de maladies des organes respiratoires (bronchite fibrineuse, sténose laryngée, etc.), ont constaté une augmentation considérable allant quelquefois jusqu'au double de la sécrétion d'acide carbonique.

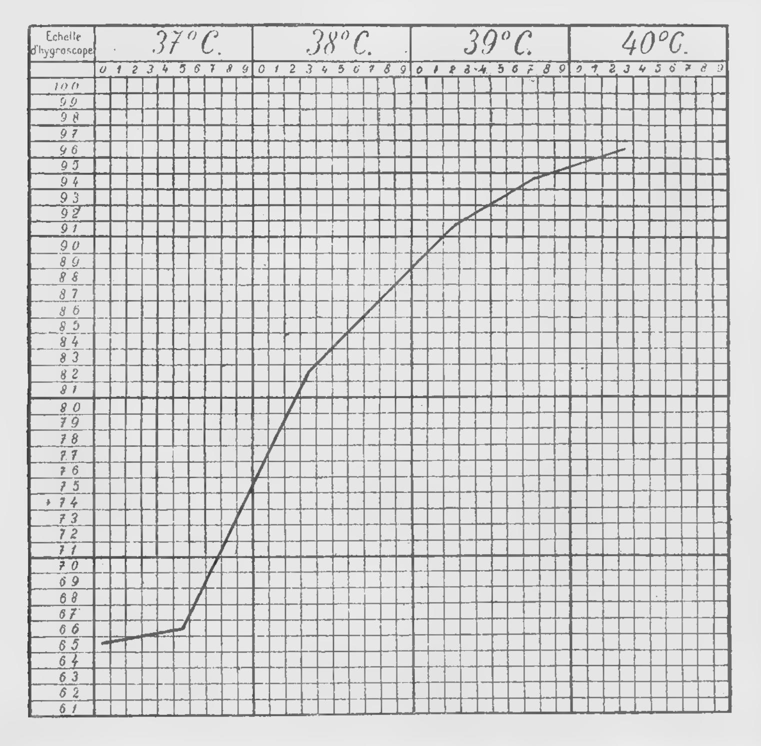
On ne sait pas si l'accélération de la respiration amène en revanche l'affaiblissement de l'intensité de la perspiration ; à l'aide de l'hygroscope je n'ai pu arriver à un résultat quelconque à cet égard.

L'étude des courbes qui expriment l'intensité de la perspiration

	TEMPÉRATURE	POULS	RESPIRATION	INTENSITÉ DE LA PERSPIRATION (AU-DESSOUS DE L'ARTICULATION DU COUDE)
1	37.5	82	18	65
2	37.8	86	17	70
3	38.1	94	22	76
4	38.6	112	25	85
5	38.9	110	24	88
6	38.2	96	22	78
7	38.4	98	23	82
8	38.5	100	24	84
9	38.7	115	25	86
10	40	124	27	88
11	40	125	26	89
12	37.9	87	18	72
13	38.2	95	23	79
14	38.5	98	25	85
15	38.8	112	24	88
16	39.1	116	26	92
17	39.2	115	23	93
18	40.1	118	26	96
19	38.5	98	23	85
20	39	110	25	88

d'une certaine surface de la peau suivant la température, montre qu'il existe entre le degré de la température et la perspiration insensible une certaine relation que l'on peut déterminer d'une façon exacte, à savoir que l'intensité de perspiration augmente, quoique pas tout à fait uniformément, avec l'élévation de la température et de même diminue avec l'abaissement de la température. Il y a donc une différence frappante entre la perspiration sensible et insensible. Tandis que l'intensité de la perspiration sensible, due surtout au fonctionnement des glandes cutanées, atteint le maximum au moment où la température tombe, l'intensité de la perspiration insensible atteint son minimum à ce même moment.

Après avoir essuyé la sécrétion glandulaire de la peau, j'ai pu constater en appliquant l'hygroscope à la surface de la peau que dans ces conditions la perspiration est très insignifiante, qu'elle répond en général à la température de l'organisme et que la perspiration glandulaire même très considérable ne joue pas ici le rôle principal. De même on voit, que l'intensité de la perspiration insensible est très considérable, au moment où la fièvre est très élevée, quand la peau est sèche et quand la sécrétion glandulaire diminue d'une façon considérable. Ces symptômes indiquent que la cause de la perspiration insensible reste en rapport intime avec l'état des vaisseaux

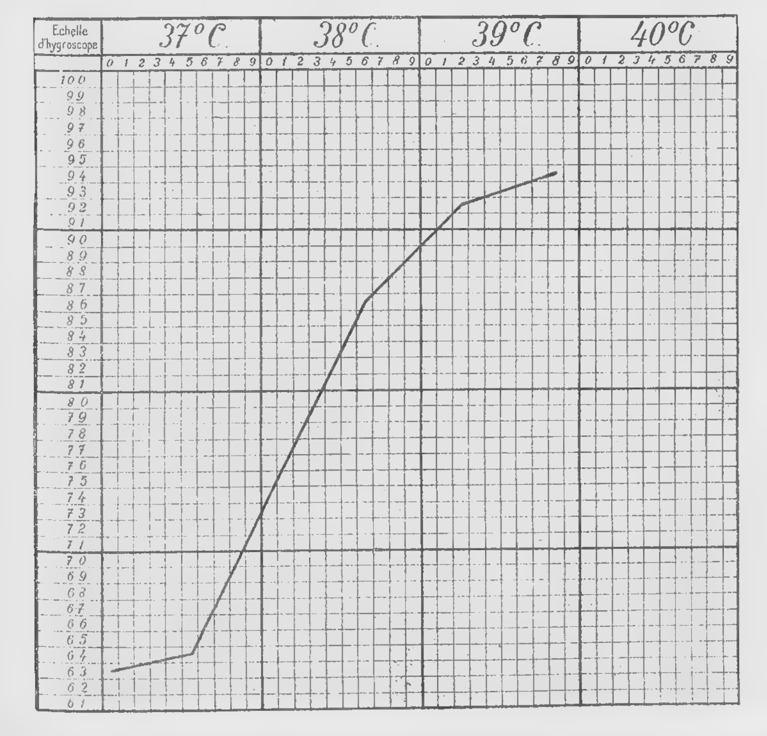


sanguins de la peau et qu'elle dépend beaucoup moins des fonctions glandulaires de la peau. Outre le rôle des vaisseaux sanguins, la couche épidermique de la peau joue donc un rôle très important dans le processus de la perspiration insensible ; les expériences que j'ai exécutées sur la perspiration cutanée après des bains ont démontré que l'intensité de la perspiration augmente d'une façon très considérable lorsque la peau est débarrassée de la couche superficielle. Donc l'amincissement de la couche qui sépare la surface cutanée des rameaux vasculaires facilite beaucoup la sécrétion des produits volatils de la couche papillaire à travers l'épiderme.

La desquamation de la couche cornée de l'épiderme se produit

surtout si à l'action du bain on ajoute celle d'une préparation kératolytique, tel par excellence le savon vert. Ce savon est employé dans notre clinique pour les bains quotidiens, et on constate les modifications de l'intensité de la perspiration insensible, encore plusieurs heures après le bain, c'est-à-dire à un moment où les vaisseaux cutanés sont entièrement revenus à l'état normal.

Si on laisse une extrémité, par exemple une main, pendant 20 minutes dans un bain tiède préparé avec du savon vert et si en la sortant du bain on la sèche d'une façon trés soigneuse, on voit que l'intensité de la perspiration mesurée à l'hygroscope un quart d'heure



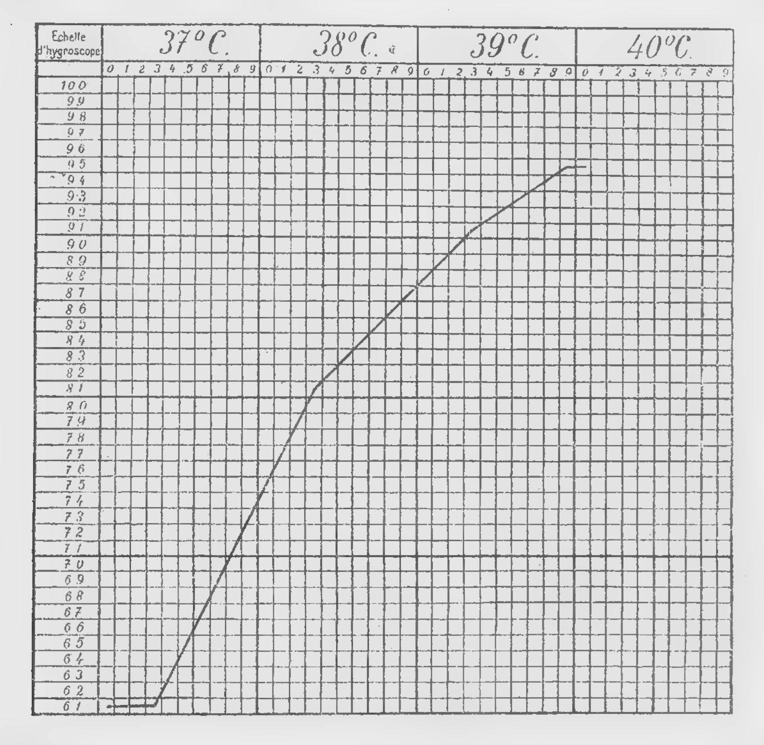
plus tard est presque deux fois plus grande que l'intensité de la même perspiration immédiatement avant le bain.

On pourrait croire que cette augmentation de la perspiration se produit non parce que la couche cornée a été détachée sur une grande surface, mais parce que le bain a enlevé une quantité de bouchons épidermiques obstruant les orifices des glandes sudoripares, qu'il a saponifié les sécrétions amassées autour des follicules et par conséquent qu'il a facilité le dégagement de vapeur d'eau à la surface de la peau. De nombreux auteurs expriment cette opinion.

Pour déterminer l'état de la fonction glandulaire de la peau dans ces conditions, j'ai fait l'expérience suivante. Après avoir mesuré avec

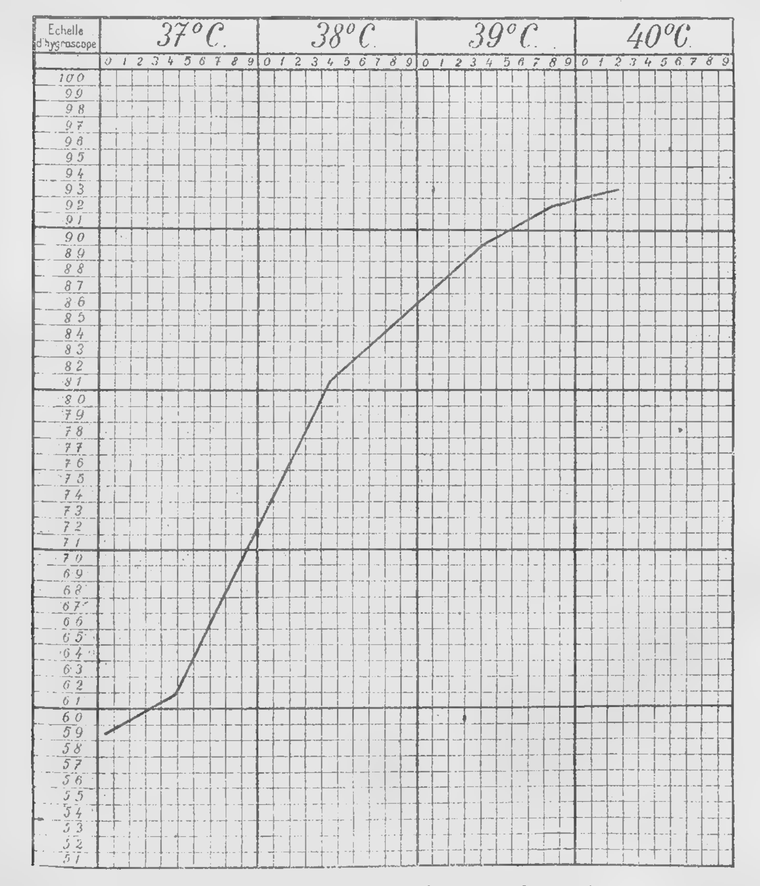
précision la perspiration d'une certaine surface dela main, j'ai injecté sous la peau de cette région une solution d'atropine. Après un bain de 20 minutes, j'ai séché soigneusement la main et j'ai constaté que la peau était beaucoup plus sèche que dans des conditions normales; la fonction glandulaire de la peau était réellement abaissée jusqu'au minimum, et pourtant même alors l'hygroscope montrait une intensité presque double de celle constatée avant l'expérience sur la même surface.

L'augmentation de la perspiration provoquée par un bain dure environ une heure et demie; au bout de ce temps, elle commence à diminuer et la perspiration ne revient au chiffre normal qu'après 3 ou 4 heures. J'ai remarqué que la prolongation d'un bain au delà d'une demi-heure ne produit pas une perspiration plus intense que celle qui est provoquée par un bain d'une demi-heure; l'intensité de la perspiration provoquée par un bain n'est donc pas en rapport direct avec la durée de ce bain. Le maximum d'intensité est produit par un bain d'une demi-heure; un bain de 7 ou 10 minutes ne produit qu'une légère augmentation et, si la durée du bain est plus courte, on n'obtient aucune augmentation de perspiration. Les bains non savonneux excercent une influence plus faible d'un tiers ; au bout d'une demi-heure seulement, il se produit dans ces conditions une augmentation insi-



gnifiante de l'intensité de la perspiration, de quelques degrés à peine de l'appareil.

J'ai pu souvent aussi constater, que l'intensité de la perspiration insensible varie après le repas suivant les différentes phases de la digestion et de l'assimilation. De même j'ai constaté, que peu après le repas, et surtout pendant la première heure, l'intensité de la perspiration diminue assez considérablement et ne revient à la normale qu'après le temps indiqué plus haut. Il n'est pas possible de dire si ces modifica-

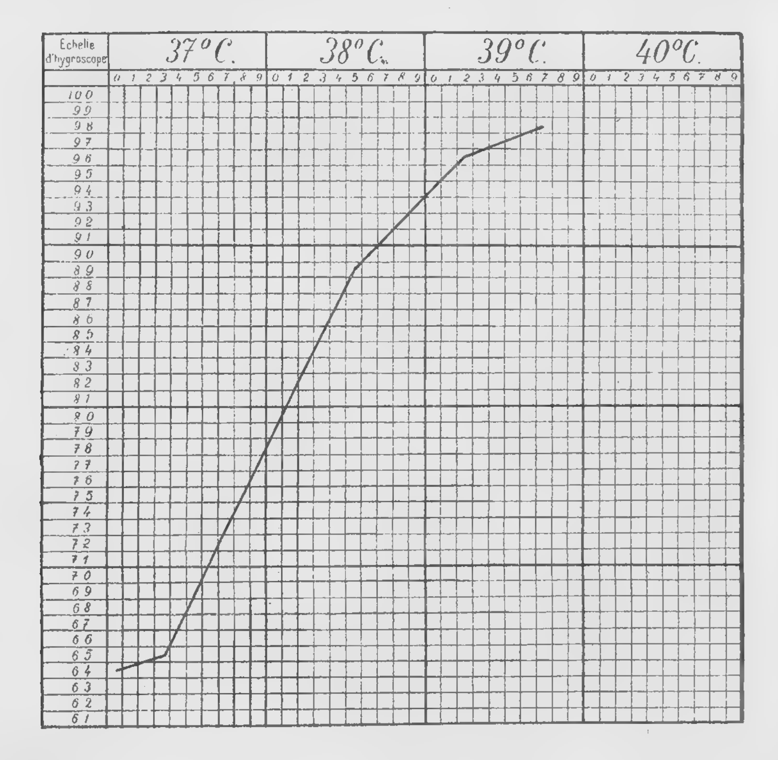


tions sont l'effet de la dilatation des vaisseaux intestinaux provoquant par compensation la contraction des vaisseaux cutanés, ou si d'autres agents des échanges organiques interviennent dans leur production.

III

Un détail fort intéressant dans l'étude de la perspiration, qui a attiré mon attention, est l'influence des rayons lumineux, solaire, électrique, sur cette fonction en général et en particulier sur la sécrétion de l'acide carbonique.

En étudiant la perspiration de la peau normale à l'hygroscope, j'ai constaté des différences dans l'intensité de la perspiration dans la même place, suivant qu'elle est en pleine lumière ou dans l'obscurité. L'éclairage de la peau diminue l'intensité de la perspiration en général : la colonne de mercure baisse de quelques degrés vers 0, dès qu'on projette des rayons lumineux sur la surface cutanée. En observant à plusieurs reprises la même surface cutanée à midi, à la lumière du jour et le soir sans lumière, j'ai constaté que cette diminution se produit constamment, mais pas toujours au même degré. J'ai constaté bientôt, en faisant des expériences le soir à la lumière arti-



ficielle, qu'il ne s'agit pas ici de la différence du moment astronomique (midi et soir) ; comme j'ai obtenu alors aussi des résultats identiques, j'ai acquis la conviction qu'il ne s'agit ici que de l'influence des rayons lumineux sur la perspiration cutanée.

Voulant déterminer surtout s'il ne s'agissait pas particulièrement de l'acide carbonique, j'ai institué l'expérience suivante. Après avoir rempli un bocal en verre d'eau de chaux, j'y ai introduit la main et j'ai bouché soigneusement l'ouverture avec une membrane en caoutchouc afin que l'air ne pût y pénétrer. Le bocal était exposé à l'action des rayons lumineux. En peu de temps le liquide devint trouble, par suite de la production de carbonate de chaux ; au bout de 20 minutes

il était accumulé en quantité assez considérable et formait une mince couche à la surface de la peau. J'ai répété ensuite la même expérience, après avoir caché le bocal avec une toile foncée et j'ai constaté qu'au bout du même temps (20 minutes) il s'est formé une quantité beaucoup plus considérable de carbonate de chaux; elle couvrait non seulement toute la surface de la main, mais encore les parois du vase jusqu'à la surface de l'eau de chaux.

Pendant ces expériences je n'ai pas évalué la quantité d'acide carbonique exhalé, car l'expérience aurait été entachée de bien des causes d'erreur. Sans parler des difficultés qu'il y aurait eu à filtrer exactement toute l'eau de chaux, l'action de l'air atmosphérique pendant la filtration pouvait produire une certaine quantité de carbonate de chaux. En outre, une partie des impuretés formées après l'immersion de la main dans l'eau de chaux, provient sans doute des corps gras graisseux, dont il faudrait tenir compte. Enfin une troisième cause d'erreur provient de l'obstruction des pores cutanés par le carbonate de chaux fraîchement produit, qui doit se former aussi dans les méats glandulaires et dans les follicules mêmes, et mettre obstacle à la sécrétion de l'acide carbonique.

Aussi fallait-il choisir un autre procédé. Le professeur Cybulski m'a proposé d'évaluer la quantité d'acide carbonique sécrétée, au moyen de l'aspiration, en plaçant le membre dans un manchon de verre (plétismographe Mosso).

J'ai exécuté la première expérience avec de l'eau de baryte dont on remplissait deux verres communicants placés sur un levier *hétérodrome*. Dès que l'on imprimait au levier un mouvement uniforme de balance, l'aspiration de l'air du manchon commençait, en formant dans les deux vases du carbonate de baryte, que l'on pèse, après filtration rigoureuse et incinération du filtre. Cette expérience a duré vingt minutes à la lumière du jour et vingt minutes dans l'obscurité. La quantité d'acide carbonique dégagée à la lumière était 0,00442 grammes, et dans l'obscurité 0,00725 grammes, c'est-à-dire que, en évaluant le gaz en volume, le rapport était de 2,45 à 4,02 centimètres cubes.

Comme la filtration du carbonate de baryte présente de grandes difficultés et comme de plus l'aspiration à l'aide du mouvement du levier n'a pu être poussée assez loin, j''ai modifié le procédé en exécutant toute la série des expériences suivantes.

Dans le manchon de verre, où était placée la main jusqu'au-dessus du coude, j'introduisais de l'air, après l'avoir fait traverser un tube rempli de solution concentrée de lessive de potasse pour éliminer complètement l'acide carbonique.

Après avoir circulé dans le manchon, l'air traversait d'abord un vase rempli d'acide sulfurique ; après y avoir abandonné toute

la vapeur d'eau, il pénétrait dans un vase composé de plusieurs fioles contenant une solution concentrée de lessive de potasse destinée à absorber tout l'acide carbonique. Une dernière fiole contenant l'acide sulfurique, placée tout près de la pompe aspirante, devait absorber la vapeur d'eau entraînée par l'air en traversant la solution de lessive de potasse. Le vase rempli d'acide sulfurique, de même que le vase contenant la lessive de potasse, était pesé avant et après l'expérience. La différence du poids de la lessive de potasse, augmentée du poids de l'eau absorbée par l'acide sulfureux, donnait directement le poids de l'acide carbonique dégagé.

Les expériences ont duré de vingt à quarante-cinq minutes, le plus souvent trente minutes. Comme éclairage je me servais tantôt de la lumière du jour, tantôt de la lumière électrique. Pour obtenir une obscurité complète on fermait tous les volets et on recouvrait le manchon avec une toile noire. J'exécutais les expériences pendant la première demi-heure dans l'obscurité, et pendant les trente minutes suivantes on éclairait la surface en expérience. La même extrémité servait toujours et dans les mêmes conditions aux deux expériences. Comme contrôle, j'ai exécuté cinq expériences pour rechercher si la quantité d'acide carbonique dégagée est la même dans la première demi-heure que dans la seconde pour la même extrémité et dans des conditions identiques. Les expériences ont donné à peine des différences de dixièmes de milligramme, c'est-à-dire les différences qu'on rencontre toujours dans pareilles conditions.

Voici les résultats des cinq expériences :

1re Expérience

Premières 30 minutes $CO^2 = 0.0322$
Secondes — $CO^2 = 0.0326$

2e Expérience

Premières 30 minutes $CO^2 = 0.0357$
Secondes — $CO^2 = 0.0353$

3e Expérience

Premières 30 minutes $CO^2 = 0.0329$
Secondes — $CO^2 = 0.0325$

4e Expérience

Premières 30 minutes $CO^2 = 0.0412$
Secondes — $CO^2 = 0.0416$

5e Expérience

Premières 30 minutes $CO^2 = 0.0328$
Secondes — $CO^2 = 0.0317$

Il résulte de ces expériences qu'une seule fois il y avait une différence de 1 milligramme (Exp. V); dans les autres expériences les différences étaient minimes, donc il n'y a aucune différence dans le dégagement d'acide carbonique suivant la période où on fait l'expérience.

Toute la série des expériences que j'ai exécutées au sujet de la sécrétion d'acide carbonique dans l'obscurité et sous l'influence des rayons lumineux démontre que *la quantité d'acide carbonique dégagée dans l'obscurité dépasse presque du double la quantité sécrétée à la lumière du jour ou électrique.* Je n'ai pas remarqué de différence entre la lumière électrique et celle du jour : les quantités obtenues étaient presque identiques. L'heure du jour à laquelle les expériences étaient faites n'exerçait aucune influence sur la quantité d'acide sécrété.

1re Expérience

a) Obscurité (1/2 heure) $CO^2 = 0.00576$
b) Lumière (1/2 heure) $CO^2 = 0.00338$

2e Expérience

a) Obscurité (1/2 heure) $CO^2 = 0.0326$
b) Lumière électrique (1/2 heure) $CO^2 = 0.0184$

3e Expérience

a) Obscurité (3/4 d'heure) $CO^2 = 0.0445$
b) Lumière du jour (3/4 d'heure) $CO^2 = 0.0298$

4e Expérience

a) Obscurité (1/2 heure) $CO^2 = 0.0382$
b) Lumière électrique (1/2 heure) $CO^2 = 0.0210$

5e Expérience

a) Obscurité (1/2 heure) $CO^2 = 0.03726$
b) Lumière électrique (1/2 heure) $CO^2 = 0.02124$

6e Expérience

a) Obscurité (3/4 d'heure) $CO^2 = 0.0426$
b) Lumière du jour (3/4 d'heure) $CO^2 = 0.0372$

7e Expérience

a) Obscurité (1/2 heure) $CO^2 = 0.03262$
b) Lumière du jour (1/2 heure) $CO^2 = 0.0268$

8e Expérience

a) Obscurité (20 minutes) $CO^2 = 0.0268$
b) Lumière électrique (20 minutes) $CO^2 = 0.0212$

9e Expérience

a) Obscurité (1/2 heure) $CO^2 = 0.0421$
b) Lumière du jour (1/2 heure) $CO^2 = 0.0382$

10e Expérience

a) Obscurité	(1/2 heure)	CO^2 =	0.03628
b) Lumière électrique	(1/2 heure)	CO^2 =	0.02232

11e Expérience

a) Obscurité	(20 minutes)	CO^2 =	0.0285
b) Lumière électrique	(20 minutes)	CO^2 =	0.0192

12e Expérience

a) Obscurité	(1/2 heure)	CO^2 =	0.0326
b) Lumière du jour	(1/2 heure)	CO^2 =	0.0234

Il n'est donc pas douteux que la lumière exerce une influence négative sur la perspiration insensible; par conséquent il y a ici une certaine contradiction entre les données admises jusqu'ici en physiologie au sujet du dégagement d'acide carbonique par les poumons. Il est difficile de décider si la diminution de la sécrétion par voie cutanée dans les conditions susdites doit être regardée uniquement comme compensatrice.

On pourrait penser que la lumière exerce ici son influence par voie réflexe, par exemple par le sens de la vue et empêche ainsi la fonction sécrétoire cutanée.

Pour trancher cette question j'ai fait des expériences dans lesquelles le sujet avait les yeux tantôt ouverts, tantôt fermés. Je n'ai pu constater aucune différence à cet égard; on ne peut, en effet, attacher d'importance à quelques oscillations rencontrées accidentellement, car on les voit aussi dans d'autres conditions.

IV

Comme je me suis convaincu pendant mes expériences sur la perspiration cutanée à l'aide de l'hygroscope, que tous les stimulants mécaniques exercent une influence différente sur l'intensité de la perspiration, j'ai exécuté toute une série d'expériences relatives à la quantité d'acide carbonique dégagée. Ces essais avaient pour objectif de déterminer l'influence qu'exerce sur l'intensité de la perspiration le passage à travers la peau de courants électriques continus ou interrompus de différente force.

En recherchant l'influence de différents agents, sur l'intensité de la perspiration, j'ai trouvé que les altérations les plus considérables se produisaient sous l'action du courant électrique. Si, après l'application de l'hygroscope sur la peau, on fait passer près de la région examinée un faible courant électrique interrompu, on peut remarquer que la colonne de mercure commence à se rapprocher assez rapidement du 0, ou, en d'autres termes, que l'intensité de la pers-

piration diminue peu à peu ; mais elle remonte à sa hauteur primitive dès qu'on interrompt le courant. Si, au lieu de l'interrompre, on fait passer un courant plus fort qu'auparavant, il se produit une action diamétralement opposée ; la colonne de mercure ne tombe plus, mais elle monte et dépasse la hauteur primitive. Si on fait passer d'emblée un courant énergique, on voit que la diminution de la perspiration est de très courte durée et bientôt suivie d'une augmentation de la perspiration. Quand les courants sont très forts, la première période (diminution) devient extrêmement courte et quelquefois même on ne peut pas la constater ; au contraire, avec des courants faibles il faut bien du temps pour arriver à la seconde période (augmentation). On peut donc résumer l'action du courant électrique de la manière suivante : *Le courant interrompu produit d'abord une diminution de la perspiration pendant une période plus ou moins longue (selon la force du courant) ; à cette période en succède une autre, pendant laquelle il a une influence manifestement positive sur l'intensité de la perspiration.*

Comment expliquer cette influence singulière du courant interrompu ? Je crois que le courant interrompu détermine d'abord une contraction plus ou moins persistante des fibres musculaires de la peau (muscles arrecteurs des poils, couche musculaire dans les parois vasculaires), ce qui se traduit particulièrement par le rétrécissement des vaisseaux, et par la rétraction des follicules. Cette période correspond à la diminution de la perspiration cutanée. Mais le système musculaire de la peau ne peut réagir longtemps de cette manière sous l'influence d'un courant prolongé. Si le courant est appliqué pendant un long temps, ou si on en augmente la force, les fibres musculaires se fatiguent et leur surmenage se traduit par l'élargissement des vaisseaux et des orifices cutanés, d'où l'augmentation de la perspiration.

Les courants continus exercent une influence toute différente sur la perspiration cutanée. A l'aide de l'hygroscope on ne peut pas constater de changement pendant le passage du courant continu, même s'il est d'une force considérable ; seulement l'ouverture et la fermeture du courant produisent quelques oscillations, quelques hésitations extrêmement faibles, notamment en sens négatif. En considérant que le courant continu agit seulement sur les nerfs, je ne pouvais pas m'attendre à constater de grandes différences dans l'intensité de la perspiration, ce qui est encore en quelque sorte en contradiction avec les résultats obtenus dans mes expériences sur la sécrétion d'acide carbonique sous l'influence du courant continu.

Pour déterminer la sécrétion d'acide carbonique sous l'influence du courant électrique, j'ai fait une série d'expériences dans lesquelles la quantité de ce gaz était déterminée d'après la méthode décrite ci-dessus.

Après avoir introduit deux fils de fer, sortant d'un appareil à chariot de Du Bois-Raymond, dans le plétismographe de Mosso, où était placé le bras en expérience, j'en entourai en deux places l'avant-bras, dont le contact avec le fil de fer fut assuré par une couche d'ouate humide.

L'expérience dura d'abord 30 minutes sans application du courant (pour le contrôle), puis je faisais passer le courant intermittent par la main encore pendant 30 minutes. Je ne pouvais pas me servir de courant d'une intensité très forte, mais j'appliquai seulement des courants tels que leur action pût être supportée sans fatigue trop grande pendant 30 minutes.

J'ai trouvé qu'en comparant la quantité d'acide carbonique émis dans des conditions normales avec la quantité sécrétée sous l'influence du courant intermittent, il y a une augmentation considérable de la sécrétion de cet acide sous l'action du courant. Il résulte d'autres expériences que je résume plus bas que la quantité d'acide dégagé est en relation directe avec l'intensité du courant.

1re Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0285$
b) Courant intermittent, 1 Daniel. Éloignement des bobines, 6 1/2 centim. (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0397$

2e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) — $CO^2 = 0.03240$
b) Courant intermittent, 2 Daniel. Distance des bobines, 6 1/2 centim. (1/2 heure) — $CO^2 = 0.04820$

3e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0276$
b) Courant intermittent, 2 Daniel. Distance des bobines, 6 centim. (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0412$

4e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0326$
b) Courant intermittent, 2 Daniel. Distance des bobines, 5 1/2 centim. (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0468$

5e Expérience

a) Conditions normales (3/4 d'heure) — $CO^2 = 0.0388$
b) Courant intermittent, 2 Daniel. Distance des bobines, 5 centim. (3/4 d'heure) — $CO^2 = 0.0496$

6e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) — $CO^2 = 0.0286$
b) Courant intermittent, 2 Daniel. Distance des bobines, 4 centim. (1/2 d'heure) — $CO^2 = 0.0368$

Ces expériences ne pouvaient évidemment pas démontrer la diminution de la perspiration pendant la première période de l'action du courant, parce qu'un courant, même très faible, agissant pendant aussi longtemps (30 minutes) ne peut provoquer une contraction permanente des muscles cutanés. D'autre part, la quantité d'acide carbonique obtenue pendant des expériences de très courte durée est si insignifiante qu'il n'est pas possible d'en tirer des conclusions présentant quelque valeur scientifique.

J'ai démontré que le dégagement d'acide carbonique sous l'influence du courant continu se comporte d'une façon tout à fait différente. J'ai disposé les fils tantôt de façon que tous les deux entourassent la main à l'intérieur du manchon, tantôt de façon que l'un d'eux se trouvât sur la partie du bras qui rentre en dehors du manchon. Les fils traversaient le rhéostat et le galvanomètre ; les expériences ont duré en moyenne 30 minutes.

1re Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) $CO^2 = 0.03680$
b) Courant continu, 5 milliampères (1/2 heure) $CO^2 = 0.0344$

2e Expérience

a) Conditions normales (3/4 d'heure) $CO^2 = 0.0426$
b) Courant continu, 10 milliampères (3/4 d'h.). $CO^2 = 0.0328$

3e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) $CO^2 = 0.0324$
b) Courant continu, 10 milliampères (1/2 heure) $CO^2 = 0.0286$

4e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) $CO^2 = 0.0246$
b) Courant continu, 50 milliampères (1/2 heure) $CO_2 = 0.0168$

5e Expérience

a) Conditions normales (1/2 heure) $CO^2 = 0.0242$
b) Courant continu, 50 milliampères (1/2 heure) $CO^2 = 0.0116$

6e Expérience

a) Conditions normales (3/4 d'heure) $CO^2 = 0.0365$
b) Courant continu, 70 milliampères (3/4 d'h.). $CO^2 = 0.0212$

Des expériences il résulte que la *sécrétion d'acide carbonique est beaucoup moindre sous l'action du courant continu que dans des conditions normales*. Il n'est pas facile d'expliquer de quel genre peut être le mode d'action du courant continu qui, excepté au moment de l'ouverture et de la fermeture, n'a aucune influence sur le système musculaire ; peut-être s'agit-il de modifications de l'excitabilité ou

d'autres altérations moléculaires. Ce sont là des hypothèses, dont la démonstration fait encore défaut.

V

Avant d'exposer la dernière série d'expériences concernant la sécrétion de l'acide carbonique sous l'influence des changements de la température ambiante, je veux encore citer les résultats que j'ai obtenus à l'aide de l'hygroscope en étudiant l'intensité de la perspiration cutanée dans des états morbides.

Les premiers essais que j'ai faits à cet égard avaient pour but d'étudier les changements de l'intensité de la perspiration dans les exanthèmes aigus et surtout pendant le cours de l'eczéma aigu. Les résultats que j'ai obtenus semblent contredire en quelque sorte les constatations que j'avais faites précédemment. J'ai constaté que, dans l'inflammation cutanée aiguë, l'intensité de la perspiration diminue assez considérablement. Je mentionne la contradiction parce que dans l'inflammation aiguë, il existe une forte dilatation des vaisseaux et des altérations des couches superficielles de la peau qui devaient faire prévoir une augmentation plutôt qu'une diminution de la perspiration des régions malades, au moins à certaines périodes de la maladie.

On peut expliquer cette contradiction apparente par ce fait que, autour des vaisseaux et dans les couches du réseau de Malpighi, il se produit une exsudation se traduisant parfois par la présence d'une couche considérable de petites cellules au-dessous de la couche des cellules cylindriques, cette infiltration cellulaire contribue considérablement à diminuer la perspiration. D'autre part la diminution de la perspiration peut résulter du ralentissement de la circulation sanguine. Les différences dans l'intensité de la perspiration que j'ai obtenues en comparant les moyennes des chiffres correspondants aux surfaces cutanées saines et malades, s'élevaient pour le centre du foyer morbide à environ 10 degrés de l'hygroscope.

Il faut encore remarquer que la plus grande différence correspond au centre du foyer morbide ; en se rapprochant de la peau normale, l'intensité de la perspiration se rapproche peu à peu de la normale ; puis *elle s'élève d'une façon très considérable immédiatement en dehors des parties malades*. C'est un phénomène qu'on voit souvent se produire dans le cours de presque toutes les maladies cutanées et particulièrement des inflammatoires aiguës ou chroniques.

On le constate très nettement lorsqu'on déplace l'appareil des parties saines vers les parties malades. Si on examine une surface cutanée saine à 10 centimètres de distance d'un foyer morbide, on y trouve une perspiration normale, d'intensité variable, suivant la région

du corps examinée. En rapprochant l'appareil de la surface malade, mais en restant encore dans les limites de la peau tout à fait normale, on voit que la colonne de mercure monte de plus en plus, pour atteindre son maximum exactement à la limite des parties saines. Lorsqu'on a franchi cette limite, l'intensité de la perspiration diminue de plus en plus à mesure que l'on approche du centre du foyer morbide.

J'ai observé ce phénomène constamment à la surface de la peau normale dans le voisinage des parties malades. Ce phénomène est l'indice d'une certaine *compensation*, que l'on observe souvent dans le fonctionnement d'autres organes de l'économie : lorsque le fonctionnement normal de la peau est entravé sur une étendue considérable, la partie saine de la peau doit remplir jusqu'à un certain point les fonctions de la partie voisine malade.

La diminution de la perspiration est beaucoup plus accusée dans les exsudations chroniques et surtout dans le cours de l'eczéma chronique et du psoriasis.

Dans le cours du psoriasis, il se produit non seulement une infiltration cellulaire dans le derme, mais encore les couches épidermiques prennent une épaisseur considérable ; aussi la perspiration diminue, ou même devient nulle sur les régions psoriasiques.

Si on examine ces régions, après avoir fait tomber les couches épidermiques (par exemple par un bain), on se trouve encore en présence des altérations dermiques qui entravent la perspiration.

Les mêmes modifications dans l'intensité de la perspiration s'observent dans le lichen ruber et dans toutes les maladies qui altèrent la peau proprement dite et par suite provoquent des altérations des couches épidermiques.

J'ai pu souvent constater combien est grande l'influence de l'épaisseur de la couche cornée épidermique sur l'intensité de la perspiration, en examinant les parties de la peau couvertes de squames épidermiques dans le cours du psoriasis, du lichen ruber acuminatus de Hebra, de l'eczéma psoriasiforme, etc.

Dans ces derniers temps j'ai eu l'occasion d'observer très exactement sous ce rapport un cas d'ichtyose très prononcée (Ichthyosis serpentina universalis).

L'hygroscope permettait de constater que sur toute la surface de la peau, la perspiration insensible était nulle ; c'est seulement sur la peau des joues qui n'était pas couverte de squames épidermiques, mais seulement épaissie et infiltrée, que l'on constatait une perspiration assez considérable, ou du moins plus accusée qu'on ne pouvait le préjuger.

J'ai recherché chez le même malade, au moyen de l'appareil de Mosso, la sécrétion de l'acide carbonique : au bout d'une-demi heure, la peau de la main en avait dégagé à peine 0,003.

Les dermatomycoses entravent la perspiration cutanée comme les dermatoses qui se traduisent par un développement surabondant de squames épidermiques.

En raison de l'épaisseur des productions parasitaires, j'ai trouvé la perspiration diminuée, même tombée à zéro, surtout dans le favus. Si le parasite forme des couches minces, comme le pityriasis versicolor, la perspiration n'est que diminuée, jamais anéantie. Dans l'eczéma mycoticum (Hans v. Hebra) il y a souvent une suppression complète de la perspiration qui est expliquée par l'inflammation simultanée de la peau elle-même.

L'intensité de la perspiration cutanée n'est augmentée que dans une seule affection cutanée qui appartient au groupe des névroses vaso-motrices, dans l'érythème angio-neurotique.

Comme l'érythème consiste uniquement dans la dilatation des vaisseaux cutanés sans aucune exsudation cellulaire inflammatoire, on y rencontre toutes les conditions qui favorisent l'augmentation de la perspiration insensible.

On constate une diminution de la perspiration dans tous les cas d'hypertrophie du derme, laquelle est souvent accompagnée d'une atrophie de l'appareil glandulaire.

Le prurigo est un prototype de ce genre d'affection ; j'ai constaté dans tous les cas que j'ai observés que l'intensité de la perspiration était diminuée. Dans le cours du prurigo, on constate un défaut total de la perspiration sur les surfaces altérées, surtout à la face antérieure des cuisses et aux avant-bras.

On peut dire qu'il y a suppression presque absolue de la perspiration insensible dans les infections granuleuses du derme.

Sur une série de malades atteints de lupus vulgaris que j'ai examinés pendant le dernier semestre, j'ai constaté que dans les régions où les tubercules du lupus se réunissent en nappes étendues, la perspiration se supprime presque complètement; on fait la même constatation dans tous les points où, par suite de l'involution de la maladie, il s'est produit une atrophie de la couche papillaire.

J'ai souvent recherché la perspiration de la peau altérée après l'application d'un traitement médical ; j'ai pu constater que son intensité augmente toujours à la suite d'une thérapeutique plus ou moins efficace.

La dernière série des expériences que j'ai exécutées dans le laboratoire de physiologie tendait à montrer qu'il y a des modifications dans la sécrétion d'acide carbonique sous l'influence des changements de température ambiante. Dans ce but, j'ai fait faire un manchon en zinc semblable à celui du plétysmographe Mosso, mais muni d'une double paroi afin de pouvoir introduire, dans l'espace ainsi ménagé autour du manchon, de l'eau chauffée à température variable.

Un thermomètre placé dans une ouverture de la paroi supérieure du manchon indiquait la température de l'intérieur. Le manchon était, comme dans les essais précédents, en communication avec une série de vases remplis soit d'acide sulfurique, soit de lessive de potasse ; le dernier vase communiquait avec une pompe aspirante. L'air introduit dans le manchon était préalablement débarrassé de tout son contenu d'acide carbonique. Pour pouvoir comparer les résultats entre eux, j'exécutais toujours deux expériences d'une demi-heure chacune ; la première servait à déterminer la quantité d'acide sécrétée à une température normale.

La comparaison de la quantité d'acide carbonique sécrétée dans des conditions normales avec la quantité que dégage la main entourée d'une couche d'air chauffé démontre que l'abaissement de la température extérieure n'exerce presque aucune influence sur sa sécrétion. Les fluctuations sont très insignifiantes (quelques milligrammes ou dixièmes de milligramme) et ne dépassent pas les limites physiologiques. A la température de 25° C. on obtient à peine des différences de dixièmes de milligramme ; c'est seulement de 25° à 35° C. que les différences se chiffrent par milligrammes. Voici des exemples :

1re Expérience

CO_2 conditions normales (1/2 heure) = 0.0317
CO^2 à 20° C. (1/2 heure) = 0.0319

2e Expérience

CO^2 conditions normales (1/2 heure) = 0.0351
CO^2 à 25° C. (1/2 heure) = 0.0358

3e Expérience

CO^2 conditions normales (3/4 d'heure) = 0.0420
CO^2 à 30° C. (3/4 d'heure) = 0.0460

Jusqu'à 40° et quelquefois même plus haut, les différences se chiffrent en milligrammes ; mais de 40° à 60° C. on peut observer des différences notables, atteignant des centigrammes.

4e Expérience

CO_2 conditions normales (1/2 heure) = 0.0322
CO^2 à 50° C. (1/2 heure) = 0.0436

5e Expérience

CO^2 conditions normales (1/2 heure) = 0.0346
CO^2 à 50° C. (1/2 heure) = 0.0428

La quantité d'acide carbonique sécrétée n'augmente pourtant pas, lorsque la température ambiante s'élève graduellement au delà d'une

certaine limite ; la plus grande différence que j'aie pu constater est apparue à 55° C. ; elle est élevée à 0,015 en une demi-heure.

Lorsqu'il s'agit de températures élevées, ces expériences présentent des difficultés résultant de ce que l'observation est réduite à une durée de plus en plus limitée et alors la comparaison ne conduit pas à des résultats nets. Dans tous les cas les expériences démontrent que l'élévation de la température ambiante augmente la sécrétion du gaz carbonique.

Ces expériences paraissent en contradiction avec les résultats présentés par certains auteurs (Liebermeister et Gildemeister) qui prouvent que le total de l'acide carbonique sécrété par l'organisme baisse en raison inverse de l'élévation de la température ambiante et au contraire s'élève lorsque la température ambiante s'abaisse.

Les expériences de Finkler démontrent que les échanges sont plus actifs chez les cobayes à mesure que la température ambiante s'abaisse.

C. Ludwig et Sanders-Ezn ont constaté que chez le lapin la sécrétion d'acide carbonique augmente lorsqu'on abaisse la température de l'air de la cage de 38° à 7° C., et que cette sécrétion diminue lorsqu'on ramène l'air à la température primitive.

Pflüger a constaté de même chez le lapin, après un bain froid, une augmentation de la sécrétion d'acide carbonique en même temps qu'une élévation équivalente de l'absorption de l'oxygène.

Lorsque la température était fort abaissée, par exemple quand la température du corps arrivait à 30° C., les fonctions sécrétoires baissaient de nouveau ; à 20° C. même elles n'atteignaient plus que la moitié de la normale. Après un bain chaud, si la température du corps s'élève de 2 à 3° C, Pflüger a noté une augmentation des sécrétions, surtout du dégagement de l'acide carbonique ; Naunyn, Schleich ont constaté dans les mêmes conditions une augmentation de la quantité d'urée. Comme dans leurs expériences, ces divers auteurs avaient évalué la quantité totale d'acide carbonique sécrétée par l'organisme, je crois, que la contradiction qui ressort de la comparaison des conclusions citées avec les résultats consignés dans ce travail, n'est qu'apparente. En déterminant la sécrétion cutanée sur une surface très limitée, telle que celle d'une extrémité, on ne peut tirer aucune conclusion relativement à la quantité totale de gaz dégagée. D'autre part, il est probable que l'augmentation de la quantité d'acide carbonique éliminée par la voie cutanée, lorsque la température extérieure est élevée, compense jusqu'à un certain point la diminution de l'élimination de ce gaz par d'autres voies.

PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ UN ADULTE
UNIQUE MANIFESTATION HÉRÉDO-PARA-SYPHILITIQUE

Par **G. Étienne**,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

M. Sch..., 30 ans, dessinateur, a toujours été très nerveux, mais très doux, très affectueux ; il est extrêmement sobre, a toujours eu une vie très régulière. Marié depuis vingt mois, il n'a jamais eu aucune cause d'ennui.

En janvier 1897, il est atteint d'un zona intercostal gauche ; je le trouve très nerveux ; cependant rien n'attire particulièrement mon attention sur son état mental.

Vers juin-juillet, ses allures étonnent quelques personnes. Il se plaint de céphalée, d'inaptitude au travail ; vertiges, bourdonnements d'oreilles, énervement, troubles de la mémoire. Le malade est devenu extrêmement emporté, ne pouvant supporter personne sauf sa femme, à l'égard de laquelle il est resté affectueux et très obéissant.

Le 15 septembre, apparaissent les premières idées délirantes qui frappent sa femme. Celle-ci voulait enlever une boîte d'allumettes laissée sur la table, lorsqu'il lui dit : « Laisse-moi ces allumettes ; c'est pour éclairer l'Europe. »

A ce moment, je constate l'agitation, l'instabilité d'humeur, l'infixité des idées ; la parole est bredouillée, scandée, traînante ; chevauchement des mots et des syllabes. La mémoire est totalement perdue. Légère inégalité des pupilles qui réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Tremblement rapide des doigts. Appétit très glouton.

Il ne peut exister d'hésitation sur le diagnostic de paralysie générale au début, bien que je n'aie pu relever trace de syphilis dans l'enquête très minutieuse menée pendant les jours suivants.

Néanmoins, par principe, j'institue immédiatement un traitement spécifique énergique ; injection hebdomadaire de cinq gouttes d'huile grise.

Du 24 septembre au 26 novembre, 10 injections ; iodure de potassium (4 gr. par jour).

Les jours suivants le malade, en rue, est agité, comme perdu, ne reconnaissant personne.

Dès les premiers jours d'octobre, sa femme a remarqué une amélioration notable ; la mémoire reparaît.

25 novembre. L'état est très amélioré, la mémoire est presque parfaite le malade peut faire sans aucune erreur toutes les commissions du ménage. Il n'y a plus eu d'idées délirantes ; les pupilles sont à peu près égales ; pas de tremblement des doigts, mais le tremblement de la langue persiste. — Cependant, le malade est resté très excitable, emporté ; le caractère est bizarre.

14 décembre. Ictus apoplectiforme ; ses voisins l'ont entendu marcher jusqu'à 6 heures et demie du soir ; à 7 heures, en rentrant, sa femme le trouve

étendu sans connaissance dans sa cuisine. Il est probable qu'il s'est senti tomber malade, qu'il a eu d'abord des vertiges, car il avait commencé à se préparer un verre d'eau sucrée. Crises épileptiformes avec mouvements toniques des bras et des jambes, grimacements, écume, coma. Selles et urines inconscientes, vomissements.

Le malade reste dans le coma jusque dans la soirée du 15 ; puis il sort de sa torpeur sans reprendre connaissance ; il embrasse cependant sa femme, qu'il reconnaît le 16 ; il me reconnaît le 17. — Agitation, surtout pendant la nuit ; 4 grammes de bromure, 2 à 3 grammes de chloral.

Le 18. M. Sch... veut se lever ; hallucinations : il voit des voleurs et veut les tuer ; il les cherche sous son lit, derrière les rideaux. Il est très violent.

Le 19. Un peu plus de calme ; il reconnaît ses parents et s'amuse à des enfantillages. La parole est bredouillée, lente, traînante, scandée.

Je lui montre un album de photographies : il reconnaît d'abord le portrait de ses parents, mais après quelques instants, il ne reconnaît plus celui de sa femme et dit : « c'est Jules ».

Dans la nuit du 19 au 20, l'agitation est extrême ; hallucinations. Impulsions : pendant qu'il embrasse sa femme, il lui saisit tout à coup le nez et veut lui donner « le coup du lapin ». Il se jette sur tout le monde, et mord tous les assistants. A 6 heures du matin, il se lève et veut arriver à rouler sa couverture « en capote », se croyant au régiment ; il raconte des enfantillages, sans arriver à s'exprimer.

Le placement devenant d'extrême urgence, je le fais immédiatement entrer, à titre provisoire, à la clinique de M. le professeur Spillmann. Il se laisse facilement emmener.

L'après-dînée est très agitée ; la nuit est intenable ; le malade, très méchant, frappe l'infirmier, le gardien ; par moments, il est très tranquille, puis tout à coup, par impulsion, il veut tuer.

Le 21 au matin. Inégalité pupillaire peu marquée ; les réflexes sont diminués ; tremblements des lèvres, de la langue ; tremblement inconstant des doigts ; la parole est traînante. Le malade se rappelle qu'il est né en 1867, mais il se dit âgé de 33 ans. Il est impossible de lui faire répéter la phrase classique : « je suis artilleur au..., etc. », sous prétexte qu'il était aux chasseurs à pied.

Évacuation d'urgence à Maréville, où le diagnostic de paralysie générale fut pleinement confirmé par l'évolution de la maladie ; actuellement, état de gâtisme.

Dans les antécédents héréditaires de M. Sch..., je relève l'existence de dix cérébraux, parmi lesquels cinq cas de ramollissement et un suicide. Le père est mort subitement, probablement d'une attaque. La mère, atteinte de folie, a succombé à l'asile de Maréville.

Mais l'enquête très minutieuse que je fis dans l'entourage du malade, ne m'avait pas permis de trouver trace d'une affection syphilitique acquise propre à faire germer la paralysie générale sur le terrain héréditairement si lourdement préparé ; dans ses moments de

mémoire parfaite, il répondit toujours par une négation formelle à mes questions répétées ; et, en raison de la confiance que m'avaient témoignée plusieurs de ses confidences, j'ai la conviction qu'il ne se connaissait réellement aucune atteinte de syphilis acquise ; quant à l'hypothèse d'une syphilis méconnue, je la considère comme improbable, étant donnés les soins minutieux dont il a toujours entouré sa personne. Cependant le cas de sa mère, morte à 38 ans à Maréville, avait attiré mon attention vers la possibilité chez elle d'une paralysie générale, avec ses conséquences au point de vue d'une hérédité syphilitique possible.

Et en effet, quelque temps plus tard, une tante de M. Sch..., avec qui il était brouillé depuis plusieurs années, vint me prévenir, croyant accomplir un vrai devoir, que la mère du malade était morte d'une *paralysie générale* en 1885, à l'âge de 38 ans ; *qu'elle avait contracté la syphilis dix-huit mois avant la naissance de son fils unique et qu'elle n'avait suivi de traitement que pendant quatre mois.*

J'insiste sur ce fait, que chez ce malade l'hérédo-syphilis n'a laissé aucune autre trace de son passage, aucun stigmate.

L'influence de la vérole a été bien mise en évidence dans les cas de paralysie générale du jeune âge (1) ; l'observation précédente prouve qu'à un âge beaucoup plus avancé, son action ne doit pas être perdue du vue si l'on ne constate pas l'existence d'une syphilis acquise ; mais les difficultés pour la dépister augmentent dans de grandes proportions, ainsi qu'en témoignent les détails sur lesquels je me suis volontairement étendu.

Ray et Manières (2), après plusieurs auteurs, ont rapporté un cas de paralysie générale chez un fils de paralytique général, âgé de 24 ans, et par conséquent, probablement entaché, lui aussi, d'hérédo-syphilis. Chez ces malades, on trouve réunis les deux facteurs, terrain et graine, intervenant dans la genèse de la méningo-encéphalite ; tout démontre que le premier est indispensable : ne fait pas qui veut de la paralysie générale, pas plus que de la syphilis cérébrale. Quant au rôle de la graine, un certain nombre de faits, tels, par exemple, la paralysie générale héréditaire, la paralysie générale des conjoints, viennent montrer son importance, mise en évidence par M. Morel-Lavallée. Peut-être est-ce à l'union manifeste de ces deux éléments dans notre cas, que doit être attribuée la rapidité d'évolution de cette paralysie générale, malgré une période de rémission coïncidant avec un traitement anti-syphilitique intense.

(1) Ch. Thiry. *De la paralysie générale progressive dans le jeune âge.* Thèse Nancy, 1898.

(2) In Thèse de Vrain, Paris, 1887. Observation VI.

NOTE RECTIFICATIVE

A UNE

OBSERVATION DE SOI-DISANT MÉLANODERMIE ARSENICALE

DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

Par le Dr **Ch. Audry** (de Toulouse).

On trouvera, dans le numéro de décembre 1896 des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, une observation que j'ai publiée sous la dénomination de mélanodermie arsenicale de la peau et des muqueuses.

Le diagnostic s'appuyait sur la longue conservation de l'état général de la malade, sur l'apparence spéciale de la pigmentation, sur de légers troubles de la kératinisation, etc.

Je dois faire connaître que la jeune femme qui en était le sujet est morte, il y a peu de jours, en présentant des symptômes non douteux de maladie d'Addison, survenus brusquement et rapidement.

Il n'existe donc pas encore, au moins à ma connaissance, d'observation de mélanodermie arsenicale des muqueuses.

Dans un travail très récent et considérable, L. Geyer (Ueber die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus. *Archiv f. Derm. u. Syph., 1898, Festschrift f. Pick.* Bd. I. S. 221) ne cite pas d'autre fait que celui-là ; et il indique d'ailleurs que la pigmentation peut venir d'une autre cause.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JUIN 1898

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Correspondance. — A propos du procès-verbal : Sur la ceyssatite, par M. Veyrières. — Folliculites tuberculeuses, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Hallopeau, Barthélemy, Du Castel, Brocq.) — Sur l'ophiasis de Celse (Pelade spéciale de l'enfance), par M. Sabouraud. (Discussion : MM. Tenneson, Jacquet, Barthélemy.) — Chéloïde à marche progressive, par MM. Balzer et Leroy. (Discussion : MM. Darier, Hallopeau, Barbe, Balzer.) — Tuberculides acnéiformes et nécrotiques, par MM. Balzer et Leroy. (Discussion : MM. Du Castel, Barthélemy.) — Psoriasis en goutte d'aspect syphiloïde (2e présentation), par M. Eudlitz. (Discussion : MM. Besnier, Fournier, Barthélemy, Du Castel.) — Dermite généralisée (face, mains, jambes) ; intoxication par une teinture et par un pansement au salol, par M. Eudlitz. — Glossite exfoliatrice, par M. Georges Beaudouin. (Discussion : MM. Fournier, Besnier, Morel-Lavallée, Tenneson, Barthélemy.) — Syphilis maligne précoce. Ulcération simulant un chancre phagédénique. Absence de réaction ganglionnaire, par M. Emery. (Discussion : M. Barthélemy). — Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure (lymphangiectasie circonscrite œdémateuse), par MM. Gastou et Haury. (Discussion : M. Barthélemy.) — Application de la méthode de Cerny-Trunecek à la guérison de l'épithélioma de la face, par MM. Hermet et Courtaux. — Épithélioma cutané bénin récidivant et carcinome malin serpigineux térébrant, par M. Gastou. (Discussion : MM. Hermet, Fournier, Besnier.) — Hydrargyrie purpurique, par M. Fournier. — Ablation d'un chancre induré au troisième jour. Apparition des accidents secondaires dans les délais habituels, par M. Fournier. — Sur un cas d'urticaire pigmentée avec cicatricules, par M. Hallopeau. — Deuxième note sur un cas de congestions œdémateuses para-urticariennes incessamment récidivantes, par M. Hallopeau. — Leucoplasie syphilitique secondaire, par M. Barbe. — Note sur l'application de la méthde de Cerny-Trunecek à la guérison du lupus, par M. Brault. — Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutifs à l'ablation bilatérale des ganglions inguinaux, par M. Haralamb (de Bucarest). — Névrome plexiforme de la paupière supérieure gauche, par M. E. Legrain. — Notes sur l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique, par M. E. Legrain. — Lipomatose généralisée avec état éléphantiasique de la moitié sous-ombilicale du corps, par MM. L. Raynaud et E. Legrain. — Sur un fibrome de la peau à cellules géantes, par MM. Ch. Audry et Constantin. — Corne épithéliomateuse de la région frontale chez une femme âgée atteinte d'épithéliomatose disséminée du visage, par M. G. Thibierge. — Règlement du prix Zambaco.

Ouvrages offerts à la Société.

Oudin, Barthélemy et Darier. — *Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X.* Communication au Congrès de Moscou. Ext. : *France médicale.*

Legrain. — *L'ergotisme en Kabylie* (Masson, édit.).

Comptes rendus de la Société de vénéréologie et de syphiligraphie de Moscou, année 1896-97.

Correspondance.

Lettre du président du 4e Congrès pour l'étude de la tuberculose (Paris, du 27 juillet au 2 août 1898), accompagnée du programme des travaux et demandant la nomination d'un délégué, pour y représenter la Société de dermatologie et de syphiligraphie.

M. le Secrétaire général représentera la Société de dermatologie et de syphiligraphie.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Sur la ceyssatite.

M. Veyrières. — Je désire répondre à M. Fredet : que je regrette beaucoup d'avoir ignoré son travail sur la randanite ; la seule chose qui me console un peu de mon ignorance c'est que les plus éminents dermatologistes ne le connaissaient pas plus que moi. Quant à l'assertion de M. Vérité suivant laquelle les paysans des environs de Randanne emploieraient depuis très longtemps ce produit et en donneraient aux Auvergnats pour les dermatoses, je la considère comme non avenue tant qu'il n'en aura pas donné la preuve.

Folliculites tuberculeuses.

Par M. Du Castel.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter, est une jeune femme de 23 ans, veuve depuis trois ans. Sa santé a toujours été irréprochable jusqu'en 1895 ; jamais elle n'a eu de grossesse. C'est une personne bien constituée, présentant seulement un léger degré d'anémie. C'est il y a 3 ans qu'ont commencé les accidents pour lesquels L... entre à l'hôpital ; ils se montrèrent, à cette époque exclusivement sur les bras, durèrent 7 à 8 mois, disparurent complètement pendant un an. Après cette période de calme, ils se montrèrent à nouveau d'abord sur les membres supérieurs, ensuite sur les membres inférieurs.

Sur les bras, les avant-bras et le dos des mains, vous pourrez voir de petites élevures à sommet mousse, un peu plus volumineuses qu'un

grain de chènevis. La partie centrale est occupée par une pustulette ; la base est solide, infiltrée, rouge sombre ; au pourtour, c'est à peine s'il existe une petite aréole inflammatoire. Il n'y a ni douleurs, ni chaleur, ni démangeaisons.

Les éléments les plus anciens sont surmontés d'une croûtelle dont l'avulsion laisse voir un orifice cratériforme. Entre ces boutons à aspect spécial vous voyez un nombre considérable de cicatricules déprimées indiquant les places où des lésions aujourd'hui guéries se sont antérieurement produites.

Dans les paumes des mains, vous voyez, comme inscrustées dans le derme, quelques petits nodules inflammatoires du volume d'un grain de chènevis.

La malade déclare que les lésions des bras et des avant-bras débutent de même par un petit nodule situé dans les parties profondes de la peau; ce nodule se rapproche successivement de la surface et donne les lésions que je viens de vous montrer.

Les parties antérieures de l'avant-bras et du bras sont respectées; seules, les parties postérieure, interne et externe sont atteintes.

La lésion, que notre malade présente, est le type parfait des lésions décrites dans ces dernières années sous le nom de folliculites tuberculeuses, de tuberculides : nous retrouvons tous les caractères servant à spécifier, d'après ses partisans, cette soi-disant lésion spécifique: éruptions successives de nodules intradermiques, plus ou moins profonds, indolents, se couvrant de vésico-pustules donnant naissance à une croûte sèche, qui laisse après sa chute une dépression ulcéreuse, une macule cicatricielle et pigmentée. Ne sont-ce pas là tous les caratères de notre éruption ; il n'est du reste pas jusqu'à la présence des petits nodules palmaires qui n'ait été mentionnée comme une des spécialisations des tuberculides.

Pour confirmer la nature de cette éruption nous ne pouvons découvrir chez notre malade aucune tuberculose viscérale ou périphérique.

Il faut cependant noter que L... déclare avoir craché du sang, il y a un an; mais l'interrogatoire ne permet pas d'affirmer qu'il y ait eu hémoptysie vraie d'origine pulmonaire; il ne semble y avoir eu rejet que de quelques crachats mousseux et sanguinolents d'origine impossible à établir rétrospectivement.

Un fait, important encore à relever au point de vue qui nous intéresse, est que le mari de L... est mort de tuberculose pulmonaire; il en serait de même du père de la malade.

Mais continuons l'étude des lésions cutanées dont X..., est atteinte. Si nous quittons les bras, pour examiner les jambes, l'aspect des lésions change complètement.

Nous retrouvons bien de loin en loin des folliculites rappelant celles des membres supérieurs; celles-ci existent surtout sur le dos des pieds ; sur les jambes, des lésions toutes différentes se montrent.

Ce sont d'abord des cicatrices lisses, sans profondeur, à bords pigmentés, qui rappellent les aspects des cicatrices consécutives aux ulcérations syphilitiques; c'est ensuite cette ulcération de la partie postérieure de la jambe, de cinq centimètres environ de longueur sur deux et demi de largeur, à surface granuleuse et rosée, peu suppurante, sans profondeur : à bords d'un millimètre tout au plus d'élévation, non décollés, entourés d'une peau légèrement infiltrée dans une étendue de 2 à 3 centimètres et de couleur violacée. Ce sont enfin ces élévations mousses, du volume d'une amande environ, de forme allongée et ovoïde, de consistance molle, présentant les aspects de gommes intradermiques. Toutes ces lésions ont commencé à se développer il y a un an et n'ont cessé de se succéder depuis cette époque. Existe-t-il quelques relations entre ces diverses lésions des jambes ?

La malade raconte que l'ulcération a succédé à l'ouverture de trois petites tumeurs voisines les unes des autres ; que les cicatrices sont consécutives à l'ulcération de petites tumeurs analogues aux infiltrations dermiques actuelles.

Il ne paraît donc pas douteux que ulcération, cicatrice et petites tumeurs, soient les trois périodes successives d'une même lésion qui commence par la tumeur, continue par l'ulcération et finit par la cicatrice. L'évolution totale de la lésion se fait d'une façon rapide ; en quelques jours, en 2 ou 3 septénaires, le cycle complet est parcouru. Le nodule inflammatoire commence dans la profondeur du derme ou de l'hypoderme, comme les petits nodules des folliculites des membres supérieurs ; en quelques jours il devient rapidement volumineux, s'ouvre à l'extérieur, laisse couler un peu de pus et se cicatrise rapidement.

Tous les nodules inflammatoires ne s'ouvrent pas, quelques-uns se terminent par résolution ; ils s'affaissent et laissent à leur place une tache pigmentaire arrondie, semblable à celles que vous pourrez voir à la partie supérieure de la jambe ; au niveau de cette tache, on peut sentir pendant quelque temps par le toucher un nodule inflammatoire, situé dans la profondeur du derme ou dans l'hypoderme et qui finit par disparaître à la longue.

Quelle est la nature de ces lésions des jambes? Il s'agit évidemment de ces nodules que nous sommes habitués à désigner sous le nom de gommes.

Mais quelle est la nature de ces gommes?

Les gommes, que nous observons le plus souvent, sont les gommes scrofulo-tuberculeuses et les gommes syphilitiques. Les gommes tuberculeuses se caractérisent par leur coloration violacée avant leur ouverture, leurs bords minces et violacés après leur ouverture, leur peu de tendance à la cicatrisation, leur suppuration sanieuse, la cicatrice souvent irrégulière qui leur succède. Ces caractères font, il faut le reconnaître, défaut chez notre malade ; les petites tumeurs sont d'un rouge inflammatoire franc; après ouverture, les bords de l'ulcération ne sont ni décollés, ni violacés ; la cicatrisation

est rapide. L'allure et les aspects de la lésion s'éloignent donc de ceux des gommes tuberculeuses ordinaires : seule l'auréole violacée qui entoure l'ulcération rappelle la coloration des lésions scrofulo-tuberculeuses. L'état lisse des cicatrices, leur bordure pigmentée rappellent bien plutôt les aspects des cicatrices consécutives à des lésions syphilitiques; mais l'évolution des lésions est plus rapide que celle que nous avons coutume d'observer pour les gommes syphilitiques ; les gommes sont formées d'un tissu moins dur et de rougeur plus nettement inflammatoire : l'ulcération est moins profonde, moins bourbillonneuse. L'aspect objectif des cicatrices seul est vraiment syphiloïde. Dans ce sens encore, rien d'absolument net ; pas plus que pour la tuberculose. Notre malade est-elle syphilitique d'ailleurs ? Elle nie avoir jamais eu chancre, roséole ou plaques muqueuses. Elle a été soumise d'abord à un traitement par l'iodure de potassium, ensuite à l'emploi du sirop de Gibert ; aucun de ces deux traitements n'a ralenti la reproduction des accidents, aucun n'a précipité d'une façon manifeste la disparition des accidents existant au début du traitement. Donc, apparence syphiloïde des cicatrices des jambes, voilà tout ce que nous pouvons dire en faveur de la syphilis.

En examinant la surface du corps, on rencontre au milieu du dos une large plaque cicatricielle, sans profondeur, lisse, blanche, mais sans pigmentation des bords, qui a bien quelques aspects des cicatrices consécutives à une ulcération syphilitique; mais, à la partie antérieure du thorax, existent le long d'un même espace intercostal, quelques autres lésions cicatricielles dont l'aspect rappelle celui des cicatrices consécutives au zona. Notre malade raconte que la plaque du dos et ces plaques se sont produites en même temps, que leur apparition s'est accompagnée d'une sensation de brûlure très pénible, que l'éruption s'est faite en 24 ou 48 heures, qu'il y a eu de petites vésicules, que tout a guéri en trois semaines. Il semble bien que nous soyons en présence de cicatrices consécutives à un zona.

En résumé, notre malade présente sur les *membres supérieurs* des lésions du type des folliculites tuberculeuses ; sur les *membres inférieurs*, des folliculites analogues, des cicatrices à aspect syphiloïde, des gommes et une ulcération qui ne sont nettement ni tuberculeuses, ni syphilitiques. A quelle conclusion doit nous conduire l'ensemble de ces lésions ?

Notre malade est-elle atteinte à la fois de lésions tuberculeuses et syphilitiques ?

Est-ce une syphilitique atteinte de folliculites survenues sous l'influence de la syphilis et présentant l'aspect des folliculites tuberculeuses ? Est-ce une tuberculeuse présentant des ulcérations tuberculeuses des jambes à aspect syphiloïde, comme cela se voit quelquefois ?

Les lésions des bras sont-elles assez particulières pour permettre d'affirmer que la malade est une tuberculeuse? Les lésions des jambes sont-elles assez caractérisées pour affirmer que gommes, ulcérations et cicatrices sont de nature syphilitique?

Pour ce qui est des lésions des bras, j'avoue ne pas être encore assez éclairé sur les caractères et la spécificité des folliculites tuberculeuses pour oser affirmer que l'éruption de notre malade ne puisse être que tuberculeuse.

Les lésions des jambes ont, comme je l'ai dit, des aspects beaucoup plus syphiloïdes que scrofuloïdes; et cependant quelquefois, rarement je le veux bien, mais quelquefois il m'est arrivé d'observer sur les membres inférieurs des lésions qui n'étaient guère moins syphiloïdes que celles-ci et qui ne pouvaient être attribuées qu'à la tuberculose cutanée.

Mais en l'absence de toute histoire nette et de toute syphilis, en présence du peu d'influence que tous les traitements antisyphilitiques ont eu sur l'évolution de la lésion, en constatant combien la malade a vécu dans un milieu tuberculeux puisque son père et son mari sont morts de tuberculose, je me sens porté à admettre que les lésions de notre malade sont d'origine tuberculeuse, même celles des jambes, puisque, dans cette région, des lésions tuberculeuses, principalement des cicatrices, prennent parfois des aspects syphiloïdes.

Une question pourrait peut-être se poser : quelque autre cause que la syphilis ou la tuberculose pourrait-elle donner naissance à des lésions semblables à celles que nous avons sous les yeux?

Je m'étais demandé si une action médicamenteuse, celle des iodures par exemple, n'avait pas été la cause provocatrice des folliculites ?

Mais celles-ci existaient avant l'administration des iodures, elles persistent après leur suspension; il semble donc bien que nous ne soyons pas en présence d'une affection d'origine iodique.

Mon interne, M. Salmon, s'est attaché à découvrir s'il ne s'agirait pas ici d'une affection de cause externe, d'inoculations de proche en proche. Les auto-inoculations qu'il a tentées sur la malade avec le liquide des folliculites n'ont donné aucun résultat positif.

En résumé, en présence de ces questions : notre malade est-elle une tuberculeuse simple avec des lésions des jambes syphiloïdes quoique tuberculeuses? Est-elle une syphilitique avec des lésions syphilitiques des bras présentant les aspects des tuberculides et la syphilis ne pourrait-elle pas donner des folliculites rappelant celles de la tuberculose? S'agit-il d'une malade à la fois syphilitique et tuberculeuse? — je me rallierais assez volontiers à la première hypothèse? Je serais heureux de savoir si quelques-uns de mes collègues pourraient me donner des points de repère me permettant de sortir du doute qui reste encore dans mon esprit. Je serais heureux surtout

de savoir si les folliculites des bras sont assez spéciales pour qu'on puisse sans hésitation et sur leur seul aspect déclarer qu'elles sont incontestablement et ne peuvent être que tuberculeuses?

M. Hallopeau. — Les lésions présentées par la malade ressemblent à la fois à l'acnitis et aux syphilides. Je serais porté à croire qu'il y a simultanément toxi-tuberculides et syphilides.

M. Barthélemy. — Le cas de M. Du Castel est très intéressant à observer ; mais je demande la permission de lui rappeler que je n'ai pas admis l'étiologie tuberculeuse ou para-tuberculose pour la variété de folliculites que j'ai décrite sous le nom *d'acnitis*. J'ai même amené ici un sujet atteint d'une éruption typique, lequel n'avait absolument rien de tuberculeux mais était atteint de rhumatisme déformant. D'autre part, les affections cutanées dont j'ai rapporté les observations étaient généralisées, et étaient caractérisées par de petites nodosités arrondies, d'abord sous-cutanées, ensuite dermiques, et enfin formant une pustulette quand l'épiderme venait à son tour à être intéressé, envahi et perforé. Toute l'évolution de chaque élément venant dans la période d'état de la maladie a une durée d'environ 15 jours et la maladie elle-même d'environ 18 mois. C'est, je crois, différent des nodosités qui se rencontrent chez les tuberculeux et qui n'occupent généralement qu'une partie du corps. Les cicatrices et l'ulcération des jambes me paraissent autoriser l'emploi des injections mercurielles insolubles à titre de diagnostic thérapeutique.

M. Du Castel. — Il èst difficile, à simple vue, de faire la différence entre ce qui, chez cette malade, serait syphilitique ou tuberculeux. Elle n'est pas tuberculeuse. Son éruption en certains points du corps offre l'aspect des tuberculides ; dans d'autre points au contraire elle est d'apparence syphilitique.

M. Brocq. — Je ne suis pas convaincu que cette malade soit syphilitique. Qu'elle ait des lésions, de par leur aspect objectif, attribuables à une toxine tuberculeuse ou à une syphilis acquise ou héréditaire, c'est possible, mais cliniquement je ne les dissocie pas. Je pense qu'il s'agit d'un type clinique d'acnitis, affection que j'ai décrite autrefois sous le nom de : folliculites disséminées à tendance cicatricielle des parties glabres.

M. Du Castel. — Je me range à l'avis de M. Brocq et pense qu'il s'agit ici seulement de lésions d'origine tuberculeuse, mais j'avoue que la cicatrice énorme que présente la malade dans le dos, cicatrice non pigmentée et polycyclique, rend discutable la syphilis.

Sur l'ophiasis de Celse (Pelade spéciale de l'enfant).

Par M. Sabouraud.

Après trois ans passés à des recherches sur la pelade de l'adulte dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir plusieurs fois, j'ai eu depuis

un an, à l'école Lailler, la possibilité d'étudier les alopécies en aires de l'enfant. A ma grande surprise, des enfants qui sont traités à l'école Lailler pour la pelade présentent tous une maladie qui ne ressemble en rien à la pelade séborrhéique de l'adulte. C'est une affection particulière différant comme âge de début, comme symptômes, comme évolution, comme flore bactériologique, comme traitement, de la pelade décrite par Bateman et que j'avais seule étudiée.

Voici 19 enfants dont la présentation servira de démonstration aux faits que j'avance.

C'est une maladie presque exclusive à la seconde enfance. Elle débute par une tache alopécique médiane à l'occiput ou par deux taches occipitales, latérales et symétriques. Elle s'étend sur la lisière du cuir chevelu qu'elle peut circonscrire entièrement d'une bordure de dépilation large de 2 à 3 doigts. La marche de la maladie est variable, elle peut débuter par le front et par les tempes, et, inversement à sa marche normale, n'envahir l'occiput que secondairement. Elle peut procéder diffusément et laisser des cheveux isolés, intacts, solides sur la surface des plaques dépilées. Elle peut envahir le cuir chevelu sous forme de plaques de dépilation diffuses ou de plaques rigoureusement dépilées, mais de forme quelconque. Elle peut aboutir à la décalvation totale, mais ordinairement passagère du cuir chevelu. Elle guérit spontanément à la puberté dans la très grande majorité des cas. Sa durée ordinaire est de 18 mois environ.

Elle peut, chez l'adulte, récidiver dans sa forme infantile, ou guérir incomplètement en gardant persistante sa plaque occipitale de début. Les cheveux de la bordure d'envahissement de la maladie sont atrophiés, ils présentent des séries de nodosités et d'étranglements; ils se fracturent au niveau d'une nodosité et cette fracture en bois vert, laisse le poil brisé, terminé par un pinceau.

Sur la peau malade, ou dans les orifices pilaires des régions atteintes, on n'a pu jusqu'ici mettre en lumière aucune espèce microbienne pouvant avoir une valeur quelconque dans la genèse de la maladie. La cause en reste tout à fait inconnue. La disposition symétrique des plaques, bien qu'elle ne soit ni absolue ni constante, peut faire penser à une origine nerveuse. Quand la dépilation présente une localisation occipitale exclusive, l'hypothèse d'une lésion trophique des nerfs occipitaux paraît d'abord justifiée, mais une telle hypothèse n'explique plus rien du tout quand la circonférence entière du cuir chevelu est régulièrement dépilée.

Le traitement de cette alopécie spéciale semble borné à l'usage des seuls révulsifs et surtout des vésicants. L'épilation artificielle des bordures ne semble aucunement utile pour limiter l'extension du processus morbide. L'hérédité est affirmée par quelques cas très nets. La contagion n'a jamais été observée.

Tel est en résumé le tableau clinique de cette maladie. Elle diffère essentiellement de la pelade de Bateman (pelade séborrhéique de l'adulte). Celle-ci est rarement, mais très certainement contagieuse. On ne l'observe qu'après la puberté. Elle n'atteint pas le cuir chevelu par ses bordures. Ses plaques sont orbiculaires toujours ; toujours aussi les plaques malades sont envahies par une infection microbienne et constante (micro-bacille séborrhéique). Les poils malades sont terminés en biseau, non en balai, etc., etc...

Cette pelade circonférentielle spéciale de l'enfant, sans être entièrement inconnue de tous, car un dermatologiste ne peut pas ne pas en rencontrer d'exemples, n'a cependant son histoire et sa description dans aucun auteur moderne. Il y a cependant dix-huit cents ans cette maladie fut décrite par Celse et d'une façon tellement magistrale que le texte de cet auteur peut être cité intégralement. Le voici :

« Id (genus arearum) quod a serpentis similitudine ὀφίασις appella-
« tur, incipit ab occipitio : duorum digitorum latitudinem non
« excedit ; ad aures duobus capitibus serpit, quibusdam etiam ad
« frontem, donec se duo capita in priorem partem commitant hoc
« (vitium) ferè in infantibus (est) (et) per se sæpè finitur. »

Les 19 enfants que je vous présente montrent sans qu'il soit besoin d'y insister, la perfection et l'exactitude vraiment admirable du texte de l'auteur latin. Leur exemple prouve aussi la longévité de ce type morbide que nous retrouvons intact et identique dix-huit cents ans après sa première description. Il n'est pas non plus besoin d'insister sur ce fait que Celse était un vulgarisateur et son œuvre totale une encyclopédie. Et c'est dans cet ouvrage bientôt vieux de 2000 ans, de son temps destiné à tous, et sans nulle prétention, que nous trouvons cette description unique, supérieure à tout ce qui a été écrit depuis lors sur le sujet.

C'est pourquoi je pense qu'il faut laisser le nom de pelade à la seule alopécie en aires décrite par Bateman (pelade séborrhéïque de l'adulte) et qu'il faut restituer à cette dépilation circonférentielle de l'enfant son nom antique. C'est l'*ophiasis de Celse.*

M. Tenneson. — M. Sabouraud attribue à Celse ce qui ne lui appartient pas ; car, si Celse a décrit cette forme d'alopécie, il la rattachait à la pelade vulgaire et le mérite d'avoir fait de l'ophiasis une maladie à part appartient tout entier à M. Sabouraud.

M. Jacquet. — Je m'associe à M. Tenneson pour rendre à M. Sabouraud ce qui lui appartient. Je veux seulement faire une remarque au sujet du traitement de la pelade et constater que les malades que je vois à la policlinique des Enfants-Malades, guérissent plus vite qu'à Saint-Louis. J'attribue cela à ce que, sans changer le traitement avec lequel ils arrivent, je les fais frotter davantage.

M. Barthélemy. — M. Sabouraud a attiré avec raison l'attention sur la fréquence chez les enfants de la pelade serpentante et symétrique, aimant à détruire les frontières et suivant les contours de tout le cuir chevelu. On pouvait *a priori* penser que la pelade en aires disséminées sur le cuir chevelu était la plus répandue chez les enfants. Mais est-ce une raison pour en faire une maladie à part et pour admettre deux espèces de pelade, chacune d'une cause toute différente, l'une parasitaire par exemple, l'autre trophonévrotique ? Au lieu d'admettre une seule pelade parasitaire et quelques autres symptômes peladoïdes, comme dans certains cas de syphilis par exemple, où les aires ressemblent à s'y méprendre à la pelade, et où les cheveux reparaissent sous la seule influence du traitement mercuriel interne. D'abord, il y a des pelades semblables chez l'adulte et l'on peut voir au Musée un moulage que M. Vidal avait fait faire, à cause de la symétrie des lésions et précisément pour démontrer la nature trophonévrotique de la pelade. D'autre part, M. Besnier nous a dès longtemps appris que toute pelade qui avait détruit et franchi les frontières du cuir chevelu était infiniment plus longue à guérir que celles qui forment des plaques disséminées sur le vertex. Enfin, il n'y a rien de surprenant que ces pelades guérissent au moment de la puberté, au moment où les fonctions spermatiques et ovariennes apparaissent, alors que la peau se couvre de poils, que les fonctions cutanées se complètent ou se montrent, alors que notamment la fonction séborrhéique s'établit et que l'acné vraie peut apparaître comme conséquence. La peau de l'enfant diffère totalement de la peau de l'adolescent qui a subi la puberté. Les teignes ordinaires prennent habituellement fin aussi à cette époque.

Je trouve la présentation de M. Sabouraud fort intéressante ; mais je n'y trouve pas encore la démonstration que la pelade des enfants est différente de nature de la pelade des adultes, ni que la pelade est produite par la même cause que la séborrhée. Il me semble qu'il y a là une variété de pelade différente de la pelade en plaques disséminées, mais qu'il ne s'agit, du moins jusqu'à plus ample informé, que de différences cliniques et non de différences étiologiques.

M. Sabouraud. — Je n'ai donné ici qu'un résumé des caractères différentiels de la pelade et de l'ophiasis. Et pourtant ils sont suffisants pour établir une différence complète entre les deux maladies.

Chéloïde à marche progressive.

Par MM. F. Balzer et Leroy.

V..., âgé de 58 ans, est amené à l'hôpital Saint-Louis par le Dr Choiseau (Seine-Inférieure), atteint d'une chéloïde présternale dont le moulage a été fait le jour même par M. Baretta. A l'âge de 12 ans, le malade a été blessé légèrement par la pointe d'une plume à écrire. Il se forma une petite tumeur saillante qui peu à peu s'est étendue transversalement, et n'a pas cessé de progresser depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quarante-six ans. Elle atteint aujourd'hui une étendue de 15 centimètres ;

commençant à 2 centimètres en dedans du mamelon droit, elle s'étend horizontalement en gagnant le côté gauche de la poitrine, son bord inférieur correspondant à peu près à la ligne mamelonnaire. A ses deux extrémités, elle s'étale en éventail, tandis qu'à sa partie moyenne elle est plus amincie, formant une tige fibreuse, nacrée, parcourue par des faisceaux fibreux parallèles qui vont se perdre en s'étalant sur les extrémités en éventail : ces extrémités ont des bords latéraux irréguliers ; la chéloïde présente là une zone d'accroissement assez large, rouge, séparée de la partie fibreuse centrale par une ligne également sinueuse.

Aucun traitement n'a été institué pour enrayer la marche progressive de cette chéloïde. Le malade n'a jamais eu à souffrir de cette lésion qu'il considère comme une simple curiosité. Sur le conseil de M. Choiseau, auquel nous devons tous nos remerciements, il n'a pas hésité à faire le voyage de Paris exprès pour le moulage.

Le malade est un homme vigoureux, bien portant, indemne en apparence de tare tuberculeuse. Pourtant, sans qu'il nous soit possible de rien préciser, il nous semble, en présence de la marche envahissante de cette tumeur, qu'il soit nécessaire d'admettre un agent pathogène spécial dont l'intervention se manifeste encore par l'aspect rouge et animé que présente la zone d'accroissement.

Nous disons un agent pathogène spécial et nous ajouterons nettement localisé. On ne trouve chez cet homme aucune autre chéloïde, bien qu'il ait dû subir certainement des traumatismes qui auraient pu en produire, s'il s'agissait ici d'une disposition générale. Il est probable que l'inoculation de l'agent pathogène date de loin, et qu'elle a été produite au moment du traumatisme insignifiant qui a été l'origine de la lésion.

M. J. Darier. — J'ai depuis longtemps soutenu que la chéloïde est le résultat d'une infection locale particulière des plaies, érosions, ou lésions quelconques de la peau, et qu'elle ne provient pas d'une qualité spéciale du terrain. J'ai notamment suggéré cette idée à M. C.-M. Lefranc, dans sa thèse sur *les syphilides à cicatrisation chéloïdienne.*

Je me base sur le fait d'observation que sur un même malade on peut voir, de plusieurs petites plaies, les unes donner lieu à des chéloïdes, les autres non. Dans les cas d'acné pustuleuse à cicatrisation chéloïdienne par exemple (bien distincte de la chéloïde acnéiforme serpigineuse de la nuque), toutes les pustules ne produisent pas de chéloïde mais quelques-unes seulement. Quand on enlève chirurgicalement une chéloïde, la récidive peut se faire dans une partie seulement de la cicatrice nouvelle et dans quelques-uns des points de suture. Cela prouve que la condition qui préside à la production des chéloïdes n'est pas dans l'état général du malade mais qu'elle existe localement dans la plaie.

J'ai recherché autrefois le micro-organisme que je supposais jouer un rôle, mais sans succès. J'ai inoculé un certain nombre de chéloïdes à divers animaux avec un résultat négatif; une seule fois sur un cobaye j'ai obtenu une tuberculose virulente généralisée.

Sans rien conclure j'ai engagé M. Émile Weil, interne distingué des hôpitaux, à reprendre ces expériences : elles ne lui ont rien donné. Toutefois il est bien entendu que des résultats négatifs, surtout avec des chéloïdes anciennes et non en voie d'accroissement actuel, ne prouvent absolument rien.

J'ai lu avec un vif intérêt dans un travail récent de James Nevins Hyde, de Chicago (*The connection of Tuberculosis with diseases of the skin*), la phrase suivante : « J'ai produit la tuberculose chez des cobayes après inoculation de tissu chéloïdien ; et dans quelques rares cas on a pu reconnaître des bacilles tuberculeux dans les cellules conjonctives des tumeurs les plus petites. »

Je pense que la question mérite d'attirer l'attention et que de toute part on devrait poursuivre l'enquête clinique et expérimentale qui en fournira la solution.

M. Hallopeau. — Les chéloïdes sont de natures diverses : celles qui se développent parallèlement, en séries transversales, sur le devant de la poitrine sont, selon toute vraisemblance, d'origine embryonnaire.

M. Barbe. — MM. Gaucher et Sergent ont inoculé des fragments chéloïdiens sans succès.

M. Darier. — J'ai déjà fait remarquer que les résultats négatifs ne prouvent rien et que, dans plusieurs inoculations aux cobayes, ceux-ci sont morts de tuberculose généralisée.

M. Balzer. — Tout en ne pouvant préciser la nature de l'agent infectieux, la marche et l'aspect de l'éruption présentée par notre malade indiquent qu'il s'agit d'infection et d'infection nettement localisée.

Tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

Par MM. F. Balzer et Leroy.

Adèle Nic..., âgée de 46 ans, blanchisseuse, se présente à notre consultation de la part de M. le Dr Gombault. Elle nous apprend qu'il y a huit ans elle eut une éruption analogue à celle qu'elle présente aujourd'hui, et à peu près dans les mêmes endroits. Cette éruption disparut en laissant des cicatrices blanchâtres encore visibles. Elle avait été soignée pour cette éruption à l'hôpital Saint-Louis.

Au mois d'août 1897, nouvelle éruption sur les mains et les avant-bras pendant un mois environ. L'éruption actuelle a commencé vers le milieu de décembre 1897. Elle s'est faite depuis par poussées successives et siège exclusivement sur les membres.

Les éléments débutent par une petite papule rosée ou rougeâtre suivant les régions, et ressemblant à un élément d'acné indurée. Cette papule peut arriver à atteindre le volume d'un petit pois ; elle se déprime légèrement à son centre, puis il se forme à son sommet une petite pustulette dont le contenu s'écoule ou se dessèche en formant une croûtelle ; l'élément éruptif s'affaisse ensuite peu à peu. Lorsqu'on enlève la croûtelle, on aperçoit

une petite ulcération à pic, suintante, et relativement assez profonde. Elle guérit avec une cicatrice arrondie et déprimée d'abord rougeâtre, puis blanchâtre, indélébile.

L'éruption siège aux mains, surtout à la face dorsale, avec quelques éléments à la face palmaire ; elle s'étend à la face postérieure des avant-bras et des coudes, et sur les bras jusqu'à l'insertion deltoïdienne. Quelques éléments sont disséminés sur les épaules. Aux membres inférieurs, les éléments sont plus nombreux et moins bien groupés ; ils siègent principalement à la face interne, sur les fesses, le sillon interfessier ; ils ne dépassent pas les hanches. Confluents à la face dorsale des mains, aux coudes et aux fesses, ils sont plus espacés aux avant-bras et aux jambes. En ces divers points on peut suivre leur évolution à ses divers degrés.

La malade dit qu'elle a beaucoup maigri depuis deux ans. C'est une femme affaiblie et paraissant plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Elle a quatre enfants bien portants; deux autres sont nés avant terme et n'ont vécu que quelques jours.

Dans son enfance, elle a souffert d'une adénite cervicale suppurée dont on voit des cicatrices très apparentes. Elle tousse un peu et a souffert d'un point de côté il y a une quinzaine de jours. Elle transpire pendant la nuit, principalement de la tête. Toutefois l'auscultation ne perçoit pas encore de signes caractéristiques de tuberculose du côté des poumons.

Nous n'avons pas donné en plus grands détails cette observation qui reproduit d'une manière saisissante celle qui a été publiée par MM. Hallopeau et Bureau dans les bulletins de la Société (*Ann. de derm.*, 1897, p. 55). Il nous semble qu'il n'y a pas à hésiter pour le diagnostic de l'éruption qui présente nettement les caractères assignés à la variété de tuberculides décrites par Barthélemy sous les noms d'acnitis et de folliclis. Barthélemy considère comme un caractère important de cette dernière variété la longue durée des éruptions. Notre cas qui a été observé pour la première fois il y a huit ans, nous paraît rentrer à ce point de vue dans le groupe folliclis.

D'autre part, quand on examine notre malade et qu'on interroge ses antécédents, il est difficile de ne pas admettre l'origine tuberculeuse de l'éruption. Cette femme a été tuberculeuse et l'est sans doute encore actuellement. Elle a eu notamment des affections ganglionnaires dont les traces se voient toujours au cou. Que son éruption soit produite ou non par des toxines, il nous semble qu'on ne peut nier la relation qui l'unit à la tare principale dont cette femme est affectée, la tuberculose. Le terme de tuberculide acnéiforme et nécrotique adopté par MM. Hallopeau et Bureau nous paraît convenir pour la dénommer. Toutefois, tout en reconnaissant que c'est une cause interne qui préside à l'évolution des lésions cutanées, il nous semble évident que les microbes venus de l'extérieur interviennent activement au moins dans la phase de suppuration et d'ulcération.

M. Du Castel. — Je ferai remarquer que ces malades présentent des

lésions dans la paume de la main qui sont identiques à celles qui nous font habituellement faire le diagnostic de syphilis lorsque nous sommes dans le doute.

Je saisis l'occasion qui m'est offerte pour demander à M. Barthélemy s'il s'agit ici de folliclis ou d'acnitis.

M. Barthélemy. — La malade de M. Balzer est précisément le type de l'affection que j'ai décrite sous le nom de *folliclis;* on retrouve ici tous les caractères que j'ai énumérés dans mes observations — à savoir un état général mauvais, de la misère physiologique, le plus souvent de la tuberculose, au point que les lésions avaient presque été considérées comme de petits éléments de lupus disséminé. Les pustules sont aplaties, déprimés, presque ombiliquées au centre, laissent une cicatrice taillée comme à l'emporte-pièce, et très pigmentées. Ces lésions sont essentiellement chroniques ; c'est par années et non plus par mois qu'il faut compter leur durée ; et elles sont souvent symétriques et en tout cas limitées à une région du corps et non pas généralisées ou disséminées partout. Pour ces lésions, j'accepte parfaitement l'étiologie bacillaire qui a été proposée par MM. Darier, Hallopeau, etc. Mais il ne faut pas confondre la follicilis avec l'acnitis ; ce sont des variétés bien différentes de folliculites.

Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde (2e *présentation*).

Par M. Eudlitz.

J. O... a déjà été présentée à la Société de dermatologie dans sa séance du 10 février dernier. L'évolution de la maladie éloigne de plus en plus le diagnostic de syphilis. La malade, observée régulièrement depuis cette époque, n'a jamais présenté de lésions du côté des muqueuses. L'éruption a été traitée par les glycérolés cadiques ; après avoir employé au début un glycérolé où l'huile de cade entrait pour une proportion de 10 p. 100, j'ai successivement augmenté les doses d'huile de cade, en les portant à 20, 30, 50 p. 100 ; depuis quinze jours les onctions sont faites avec un glycérolé renfermant 60 p. 100 d'huile de cade. Outre ces applications externes, j'ai fait prendre à la malade deux cuillerées à soupe par jour d'un sirop ainsi composé : sirop de saponaire 300 gr., benzoate de soude, bicarbonate de soude ââ 10 gr., à prendre une cuillerée à soupe matin et soir dans une tasse de tisane de fumeterre chaude. En outre, j'ai soumis la malade à un régime alimentaire très sévère d'où étaient exclues les viandes noires, la viande de veau et tous les aliments excitants.

Aujourd'hui la malade est considérablement améliorée ; l'éruption est manifestement en voie de décroissance. Le nombre des éléments a beaucoup diminué et ceux qui persistent encore sont pour la plupart bien moins accusés qu'auparavant. Ils sont peu modifiés aux points où la peau est soumise à des frottements répétés, au niveau des aisselles, au niveau de la région lombaire. En ces points on trouve encore un certain nombre d'éléments plus ou moins papuleux, rouges, et de dimensions variant depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'une grosse lentille. A la

partie antérieure des avant-bras, quelques éléments papulo-squameux ; à la partie postérieure, quelques papules blanchâtres au niveau desquelles la peau est plissée, comme gaufrée ; à la face dorsale du pied, papules blanchâtres, légèrement squameuses. Enfin sur tout le tronc, on découvre encore un assez grand nombre de macules rosées. Aucun élément à la face. L'état général n'a cessé d'être excellent.

M. Besnier. — Je rappelle à la Société que lors de la présentation de ce malade les avis furent partagés. Trois avis furent émis : ou bien il s'agissait d'une maladie indéterminée, ou bien d'une variété de psoriasis, ou de syphilides.

Pour décider entre un psoriasis de nature indéterminée, vers lequel nous penchions M. Eudlitz et moi, et la syphilis, il fut décidé de s'abstenir de traitement spécifique.

La maladie étant actuellement rétrograde, aucun symptôme nouveau ne s'étant montré, on peut affirmer qu'il s'agit de psoriasis en gouttes.

M. Fournier. — On pourrait spécifier mieux encore cette variété de psoriasis en la dénommant : psoriasis en gouttes juvénile.

M. Barthélemy. — J'avais trouvé ce cas de poriasis si anormal dans sa marche, dans son aspect, dans sa durée, que j'avais pensé qu'on était autorisé à tenter la démonstration de la nature de la maladie par le traitement anti-syphilitique. Pourtant, déjà alors, je trouvais peu satisfaisant le diagnostic de syphilis ; aujourd'hui, avec l'absence de tout symptôme nouveau, de toute lésion des muqueuses, et par ce fait que l'éruption, au lieu de s'exagérer par l'absence de mercure, s'atténue, et que les papules ne deviennent ni plus nombreuses, ni ulcéreuses, ni croûteuses, il y a lieu de rejeter définitivement le diagnostic de syphilis et de constater combien l'éruption psoriasique a pu faire une évolution anormale.

M. Du Castel. — Je demanderai à notre président quelle est la durée de ces éruptions leur degré de ténacité ?

M. Besnier. — Il est très difficile de fixer une limite à la durée de ces psoriasis qui s'étend souvent à plusieurs années. S'il en est qui guérissent spontanément, sans médication même, il en est qui ont une durée indéterminée et qui versent dans le psoriasis vulgaire.

Dermite généralisée (face, mains, jambes). Intoxication par une teinture et par un pansement au salol.

Par M. Eudlitz.

La nommée B... entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, pour une dermite généralisée. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier ; son père est mort à 60 ans d'une hydropisie, sa mère est morte d'une fluxion de poitrine ; elle a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire. La malade, âgée de 45 ans, n'avait jamais souffert d'aucune

affection jusqu'en 1894. A cette époque elle subit, au niveau de la cheville du pied droit, un traumatisme qui détermina une ulcération assez étendue. La malade continua à travailler ; cependant au bout de quelque temps ses jambes enflèrent et elle entra dans le service de M. Fernet à l'hôpital Beaujon. Là on constata que ses urines renfermaient une forte proportion d'albumine. Elle fut mise au régime lacté, la plaie fut pansée au salol et au bout de deux mois elle sortit de l'hôpital complètement guérie.

Il y a environ six semaines, la malade, qui se teint les cheveux depuis de nombreuses années sans inconvénient, eut recours à sa teinture habituelle. L'application de cette teinture provoqua, cette fois, une sensation de brûlure intense au niveau de la face ; cette sensation persista deux jours puis disparut. En même temps, la malade était prise de démangeaisons généralisées à tout le corps. Ces démangeaisons augmentèrent aux jambes et un grattage plus violent détermina il y a 15 jours l'apparition d'une ulcération au niveau de la cheville droite, à l'endroit qui avait été antérieurement traumatisé. La malade, de son propre chef, appliqua alors au niveau de la plaie un pansement avec de la poudre de salol qu'elle laissa en place pendant toute une nuit. Ce pansement fut suivi d'une sensation de brûlure excessive et d'une forte inflammation périphérique. La malade supprima le salol et continua à vaquer à ses occupations sans aucun pansement. Les démangeaisons devinrent des plus violentes et la malade se livra à un grattage assez énergique du visage et des membres inférieurs. Des compresses d'eau boriquée qu'elle appliqua avaient amené une légère amélioration locale quand elle se décida à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée, le 6 juin, la malade présente l'état suivant : A la jambe droite, au niveau de la malléole externe du péroné, on constate une ulcération assez profonde de la grandeur d'une pièce de deux francs. Dans toute la région voisine de la jambe, depuis la face dorsale du pied jusqu'à la partie moyenne de la jambe, la peau est rouge, enflammée ; en certains points, le derme est à nu, en d'autres points on observe une desquamation assez abondante. Par places, on constate des traces de grattage assez nettes. La jambe gauche présente des papules ulcérées avec des traces de grattage.

Sur les poignets, la face dorsale des mains, la peau est infiltrée, rugueuse, avec une desquamation abondante ; traces de grattage.

La peau du visage est rouge et enflammée, le pavillon de l'oreille gauche, la région sourcilière, les joues sont le siège d'une desquamation assez abondante.

Les urines sont légèrement albumineuses.

Glossite exfoliatrice.

Par M. Georges Beaudouin.

Voici une enfant qui présente sur toute la partie postérieure de la face dorsale de la langue une large plaque constituée par une disparition

de l'épithélium. Cette exfoliation de la muqueuse laisse à nu une surface lisse, humide, parsemée de quelques petits éléments arrondis, formant autant de fines éminences, légèrement planes, grosses au plus comme une tête d'épingle et d'apparence opaline. Ces grains sont autant de papilles laissées à découvert par la mue épithéliale. L'ensemble de cette large plaque est limité nettement en avant par deux lignes recourbées en arcs de cercle à concavité postérieure, au niveau desquelles l'épithélium cesse brusquement comme s'il avait été enlevé mécaniquement, et sans former le bourrelet qu'on observe dans la glossite exfoliatrice marginée. En avant de ces limites toute la surface de la muqueuse présente un aspect normal, velouté, tranchant vivement sur celui des régions malades. Au niveau de ces dernières, la sensibilité est notablement accrue et, le soir surtout, l'enfant accuse une véritable douleur déterminée particulièrement par le contact des aliments. La plaque, à ce moment, devient très rouge, presque saignante.

Nous désignerons ces altérations sous le nom de *glossite exfoliatrice* simplement, sans autre qualificatif, vu que nous n'y trouvons pas les principaux caractères morphologiques et évolutifs de la forme décrite par M. Fournier et Lemonnier sous le nom de *glossite exfoliatrice marginée*. Sans parler du bourrelet épithélial marginé qui manque, ainsi que nous l'avons dit, la lésion que nous observons est absolument stationnaire et dénuée de cette tendance à l'extension bien constatée dans les plaques de glossite exfoliatrice marginée. Quant à la nature de l'altération, elle nous est inconnue. Parrot l'attribuait à la syphilis, mais cette opinion n'a pas été confirmée, depuis, et rien absolument, chez notre malade, ne nous permet d'invoquer une étiologie spécifique.

M. Fournier. — A chaque instant on m'envoie, comme étant atteints de syphilis, des enfants présentant cette affection. Parrot en faisait en effet de la syphilis. Pour moi ce n'en est pas, mais j'en ignore la nature quoique j'aie cherché à la connaître en me faisant aider de la savante collaboration du Dr Vidal, dont les recherches bactériologiques sont restées négatives.

M. Besnier. — Cette affection peut persister toute la vie, elle est heureusement très bénigne. Je l'ai vue souvent coïncider avec l'eczéma et j'en ai fait depuis longtemps une variété d'eczéma lingual.

M. Morel-Lavallée. — Elle coïncide avec l'absorption d'antipyrine.

M. Tenneson. — J'ai vu sa coexistence avec un eczéma des mains.

M. Barthélemy. — Elle est souvent contemporaine de troubles digestifs ainsi que Caspary l'a dit récemment.

Syphilis maligne précoce. Ulcération simulant un chancre phagédénique. Absence de réaction ganglionnaire.

Par M. Émery.

Ce malade, âgé de 25 ans, est entré salle Saint-Louis dans le service de M. le professeur Fournier le 31 mai dernier. Il raconte qu'il y a 5 ans il a contracté un chancre de la verge qui fut diagnostiqué chancre mou par les médecins de Saint-Louis. Cet accident, rapidement guéri, ne fut suivi d'aucun accident de syphilis secondaire.

L'année suivante, pendant un séjour en Algérie, le malade présenta sur son bras gauche deux lésions croûteuses dont on distingue encore nettement les cicatrices circulaires, blanches, déprimées et gaufrées. Soumises à cette époque à un examen médical, on reconnut dans ces lésions tous les caractères des clous de Biskra.

Depuis ce moment, le malade, revenu en France, ne présenta plus le moindre accident cutané.

Il y a deux mois environ, apparut dans son aine droite une grosseur douloureuse, d'apparence ganglionnaire, qui augmenta progressivement de volume au point d'atteindre celui d'un petit œuf de poule. Cette tumeur ne se ramollit point, mais la peau saine qui la recouvrait ne tarda pas à s'altérer et à s'ulcérer. Débutant par une petite excoriation centrale, l'ulcération subit une progression régulièrement excentrique en creusant lentement et modérément la région. Dès le surlendemain de l'apparition de cette plaie inguinale, survenait une explosion de gros boutons couvrant tout le corps et plus particulièrement le thorax et la face qui en fut comme criblée.

A son entrée dans le service, le malade présente au niveau de l'aine droite une vaste ulcération ovalaire, dont le grand axe est dirigé dans le sens du pli inguinal. Cette ulcération offre une dimension de six centimètres dans son plus grand axe et de quatre dans son plus petit. Les bords, entaillés, creusés à pic, décollés, ont une régularité ovalaire absolue et semblent être taillés à l'emporte-pièce, tant ils présentent une surface de section nette. Le fond de la plaie a l'aspect d'un plateau saillant, proéminent, de couleur noirâtre, circonscrit par une dépression circulaire l'isolant et le détachant complètement des bords, et qui semble vouloir s'éliminer à la façon d'une eschare.

Les bords de la plaie sont entourés de peau saine, pas de retentissement inflammatoire de voisinage.

L'ulcération repose sur une base largement et profondément empâtée. Les ganglions du côté opposé sont à peine perceptibles sous les doigts; même remarque pour les aisselles et la région cervicale. Quant aux autres lésions dont le malade est littéralement criblé, on en peut suivre l'évolution depuis leur stade initial (jambes) où elles se présentent sous la forme de gros tubercules noirâtres jusqu'à une période ulcérative plus accentuée (dos, cou, bras), ou les éléments marquent très nettement leur tendance à s'acheminer vers le type d'ulcération que l'on rencontre dans l'aine droite. On ne constate aucune lésion ni du côté des organes génitaux, ni du côté de la bouche.

Le malade présente une légère fièvre vespérale et se plaint, depuis une semaine, de violentes céphalées nocturnes. On note dans ses antécédents des habitudes invétérées d'alcoolisme. Il fit un long séjour aux colonies, mais sans y contracter les fièvres.

A la suite d'une récente communication faite à la Société de dermatologie par M. le professeur Landouzy, notre attention fut particulièrement attirée du côté de l'appareil ganglionnaire, dont la réaction nous a paru insignifiante par comparaison avec l'étendue et la gravité des lésions de cette syphilis.

A peine trouvons-nous dans l'aisselle droite du malade un ganglion unique, de la grosseur d'une noisette, ferme et indolent. Sa présence toutefois, en éveillant notre attention de ce côté, nous fit découvrir sur l'annulaire de la main droite, au niveau du bord externe de l'ongle, une petite plaie bourgeonnante et indurée que le malade attribuait, sans doute faussement, à un traumatisme, et qui durait depuis plus de deux mois.

Les caractères objectifs, la lenteur de la guérison de cette plaie flanquée d'un bubon satellite dans l'aisselle, nous donna à penser que là se trouvait le chancre initial, la porte d'entrée de cette syphilis dont les premiers accidents se présentaient à nous sous d'aussi singuliers aspects.

Il n'y avait, en effet, aucune difficulté d'interprétation pour la plupart des accidents ulcéreux dont était frappé le malade.

Mais l'énorme plaie inguinale, par la régularité de ses contours, par son induration de base vraiment considérable et par sa rapidité d'accroissement simulait à s'y méprendre un chancre phagédénique de cette région. Toutefois l'apparition simultanée de toutes les ulcérations nous avait fait rejeter ce diagnostic. D'autre part, l'existence d'un chancre suivi d'ulcérations sur les bras, constatées dans les antécédents du malade, pouvait aussi faire penser à une gomme tertiaire se rattachant à une syphilis déjà ancienne. Mais la nature des autres lésions ne permettait de supposer qu'une infection récente.

En résumé, il s'agissait donc bien ici d'ulcérations syphilitiques secondaires témoignant une malignité précoce due en grande partie sans doute aux habitudes d'alcoolisme du malade et peut-être aussi, en raison d'une prédisposition spéciale du terrain, à l'absence de la réaction ganglionnaire qui semble jouer un rôle frénateur dans l'infection syphilitique, comme le pense, avec d'autres, M. le professeur Landouzy.

M. Barthélemy. — D'abord je ferai observer que si ce malade a des lésions particulièrement intenses sur la peau, il a des adénopathies inguinales multiples surtout à gauche, dans l'aine, et à peu de chose près aussi prononcées que dans un grand nombre de cas où la syphilis est bénigne.

Je pense donc que la réaction ganglionnaire n'est pas une mesure des éléments de la défense de l'organisme contre la syphilis. Chaque système lymphatique réagit à sa manière et c'est un symptôme ajouté aux autres ; c'est une preuve que la syphilis touche les lymphatiques comme la peau. Je note ensuite que le sujet est alcoolique, et l'on sait que l'alcoolisation est une des conditions qui coïncident le plus souvent avec la syphilis qui mutile les téguments. Mais cette intensité du processus syphilitique sur la peau démontre seulement que celle-ci est insuffisamment résistante dans ce cas ; mais elle ne prouve nullement que la syphilis sera maligne dans la véritable acception du mot, c'est-à-dire qu'elle atteindra précocement les méninges, le cerveau ou la moelle, etc., ni qu'elle amènera un de ces accidents qui rendent une syphilis précocement et véritablement maligne. Il ne faut pas oublier que la syphilis est une infection du sang et de tout l'être avant d'être une maladie de la peau. Je crois d'ailleurs qu'il est possible par les injections insolubles d'agir plus efficacement ici que les autres moyens thérapeutiques.

Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure (lymphangiectasie circonscrite œdémateuse).

Par MM. GASTOU et HAURY.

Dans la séance d'avril 1898, l'un de nous a présenté une malade, âgée de 27 ans, atteinte de lésion néoplasique labiale, dont voici le moulage qui est tout ce qui reste de la lésion antérieure, actuellement guérie.

Il nous a paru intéressant de montrer à nouveau la malade et de donner le résultat de la biopsie que nous avons faite en avril.

Cette biopsie a porté sur les bords de la néoplasie.

Cette néoplasie était située sur la partie médiane de la lèvre inférieure, ses dimensions étaient celles d'une pièce de 20 centimes, elle formait une saillie de cinq à six millimètres à fond ulcéreux et finement papillomateux, recouvert presque en totalité par un enduit pseudo-membraneux s'enlevant facilement et saignant à la pression.

La lésion avait débuté à la façon d'une vésicule d'herpès en décembre 1897, sans provoquer ni douleurs, ni adénopathies, ni autres phénomènes subjectifs ou objectifs. En l'absence d'accidents syphilitiques ou de tuberculose, le diagnostic était resté en suspens.

Histologiquement, la lésion est constituée ainsi :

Il existe un véritable clivage dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, lequel est, aussi bien à la surface que plus profondément jusqu'à la membrane basale, infiltré surtout de lymphocytes et de quelques leucocytes mono et polynucléaires.

Par places dans les couches épidermiques moyennes et dans la couche de Malpighi, quelques cellules ont subi la transformation vacuolaire.

L'épiderme n'est pas épaissi mais envoie dans les papilles hypertrophiées des prolongements comme filamenteux.

Ces prolongements délimitent un véritable réticulum.

Les travées de ce réticulum sont épaissies. Dans la couche papillaire elles sont écartées par des cavités lymphatiques de formes variées, cavités très nombreuses, cotoyées par des vaisseaux sanguins, dans la lumière desquels sont des leucocytes.

Dans les mailles du réticulum, aussi bien dans les papilles que dans la zone sous-papillaire, existent, formant l'ensemble de la néoplasie, des cellules ovalaires à protoplasma tuméfié et à gros noyaux.

Cette variété de cellules, qui se rattache à la variété lymphocytes, s'en distingue cependant par une abondance plus considérable de protoplasma.

Il semble qu'il y ait prolifération de tous les éléments constitutifs du tissu lymphatique : réticulum, cavités, cellules lymphatiques (lymphocytes). Prolifération ayant été provoquée vraisemblablement par l'irritation traumatique répétée d'une érosion de nature herpétique, laquelle a fini par déterminer la production d'une véritable lymphangiectasie circonscrite œdémateuse, se manifestant cliniquement sous la forme d'un papillome muqueux bénin, que la simple incision due à la biopsie a fait disparaître en 8 jours, ainsi que disparaît l'œdème sous l'influence des mouchetures.

M. Barthélemy. — Le malade présenté par M. Gastou était en effet porteur à la lèvre d'une lésion impossible à diagnostiquer objectivement. On pouvait penser à un chancre syphilitique ; on pouvait penser aussi à un épithélioma : en tout cas, il s'agissait d'une lésion rouge, lisse, unique, saillante, indolente, dure à la base,etc. De telle manière que si la lésion avait existé à la verge, qu'elle eût été excisée et qu'elle eût guéri sans être suivie de symptômes secondaires, l'opérateur eût pu de très bonne foi croire avoir obtenu l'éradication de la syphilis ; or il eût eu tort.

Application de la méthode de Cerny-Trunecek à la guérison de l'épithélioma de la face.

Par M. Hermet.

Je vous communique le résumé, fait par un de nos confrères, M. le Dr C... des impressions qu'il a éprouvées pendant le traitement de deux épithéliomas par les cautérisations avec une solution d'acide arsénieux. Voici, telle qu'il me l'a remise, cette auto-observation.

« Je n'abuserai pas des instants de la Société en lisant mon observation, recueillie au jour le jour, notant presque heure par heure mes sensations et les phases du traitement.

Après avoir exposé rapidement les antécédents, je donnerai avec détails les deux premières séances de cautérisation et résumerai les autres le plus brièvement possible.

L'épithélioma du sillon naso-jugal débuta en 1891.

En 1894, l'ulcération avait la largeur d'une grosse lentille.

En septembre de la même année je fus opéré par le Dr A. Darier, l'oculiste qui préconisait le bleu de méthylène comme spécifique du cancroïde: deux cautérisations au thermocautère, plusieurs avec une solution assez concentrée d'acide chromique, application sur la plaie de bleu de méthylène, deux greffes épidermiques amenèrent la cicatrisation en un mois et demi environ.

Toutefois une croûtelle centrale grosse comme une tête d'épingle restait, elle fut le point de départ d'une récidive 6 mois après.

Fin 1895 j'eus l'occasion de consulter M. le Dr Besnier, votre président. Son diagnostic fut : épithélioma superficiel à tendance cicatricielle. Comme traitement, abrasion par un chirurgien avec le thermocautère.

Diverses circonstances me firent remettre de mois en mois cette opération.

En 1896, une ulcération apparaît à la partie inférieure du dos du nez.

En 1897, une nodosité apparaît à la tempe gauche et s'ulcère bientôt.

Vers le milieu d'avril 1898, à la suite d'un violent accès d'influenza, les deux ulcérations du sillon et du dos du nez s'enflammèrent et prirent en vingt-quatre heures une grande extension.

Je consultai le Dr Fournier, mon maître, qui m'engagea de m'adresser au Dr Hermet pour lui demander de vouloir bien m'appliquer le procédé de traitement par les cautérisations avec la solution d'acide arsénieux, procédé qu'il a exposé devant vous et qui lui avait réussi sur un malade.

Avant de rien entreprendre le Dr Hermet voulut avoir par la biopsie confirmation du diagnostic.

M. le Dr Gastou eut l'obligeance de s'en charger. L'examen histologique d'une parcelle du bord nasal de l'ulcération confirma le diagnostic épithélioma. M. Gastou exposera lui-même les particularités de cet examen.

L'aquarelle que voici vous donnera une idée des lésions avant le traitement.

Traitement. — Le 6 mai depuis le matin, avec des applications de tampons d'ouate imbibés d'eau boriquée, les ulcérations sont débarrassées de leurs croûtes et maintenues à vif.

Badigeonnées, larga manu, et par trois fois avec la solution au 150e, elles sont aussitôt le siège de chaleur, de cuisson peu douloureuse qu'atténue l'évaporation du liquide de la solution avec le soufflet de Richardson.

Une minute après le badigeonnage, des picotements peu douloureux se font sentir dans l'ulcération du sillon, s'irradiant vers l'angle de l'œil avec une cuisson sur le trajet.

Les picotements et les irradiations augmentent d'acuité, quoique supportables, pendant cinq minutes, puis diminuent graduellement et cessent après une heure, pour reparaître moins douloureux et par intervalles pendant trois heures après lesquelles tout se calme.

Une zone inflammatoire peu étendue entoure l'ulcération, suintement peu abondant d'un liquide jaunâtre légèrement corrosif, coryza abondant et cuisson de la narine. Peu à peu se forme une croûte jaune-claire pro-

duisant sur l'ulcération une sensation de pression, qui persiste longtemps après la cautérisation. C'est la seule sensation légèrement douloureuse, avec quelques rares picotements qui persistent alors que tout est rentré dans le calme.

Sur l'ulcération du dos du nez le badigeonnage avec la solution au 150e a produit peu de cuisson, de chaleur, quelques légers picotements. Cette ulcération d'ailleurs a été très peu sensible aux cautérisations, même à celles avec la solution au 50e.

7 mai. Inflammation périphérique presque disparue.

La croûte du dos du nez est noirâtre, ce que l'on peut attribuer à ce que la plaie était saignante au moment de la cautérisation.

La croûte du sillon est brun jaunâtre, sèche, un peu déprimée au centre, tiraillant sur les bords de l'ulcération ; par quelques points de ses bords s'échappe un liquide jaunâtre purulent qui occasionne de la cuisson et des picotements, à chaque goutte qui s'écoule.

Les croûtes restantes ne pouvant être enlevées sont badigeonnées par trois fois avec la solution au 150e.

Une minute après se font sentir la chaleur, la cuisson, les picotements douloureux et les irradiations vers l'angle interne de l'œil. La chaleur et la cuisson cessent. Les picotements augmentent d'acuité pendant cinq minutes, puis diminuent graduellement après avoir duré deux heures.

Peu de suintement, inflammation périphérique plus marquée que la veille, coryza abondant avec cuisson de la narine correspondante.

A noter aussitôt après le badigeonnage des irradiations peu douloureuses qui se font sentir dans le nerf sus-orbitaire et dans la tempe. Trois heures après la cautérisation le calme se rétablit, seuls subsistent la compression de l'ulcération par la croûte et quelques rares picotements par intervalles éloignés.

Les cautérisations suivantes faites avec des solutions plus ou moins concentrées, ont éveillé les mêmes sensations avec plus ou moins d'intensité et plus ou moins de durée.

Je vais les résumer pour chacune des deux ulcérations.

Ulcération du sillon. — Du 6 au 21 mai inclus, c'est-à-dire en seize jours elle a été cautérisée 14 fois.

8 fois	avec la solution au	150e, soit	4 fois à nu. 4 fois sur croûte.
4	— —	—	100e	les 4 fois sur croûte.
2	— —	—	50e	les 2 fois sur croûte.

Au point de vue de la douleur, celle-ci peut être classée en moyenne, vive et violente.

6 fois la douleur a été moyenne.
4 — — a été vive.
5 — — a été violente.

Deux fois la douleur a été violente quand l'ulcération après avoir été recouverte de sa croûte pendant quelques jours a été badigeonnée à nu avec la solution au 150e. Dans ces deux cas les irradiations douloureuses pas-

sagères se sont fait sentir dans le nerf sus-orbitaire et dans la tempe, comme s'il existait une sympathie entre les trois lésions.

Dans un cas les irradiations douloureuses se sont produites dans tout le nerf maxillaire supérieur, comme si ce nerf avait subi une violente décharge électrique.

Les douleurs violentes ont une durée relativement courtes, vingt à vingt-cinq minutes.

Les douleurs moyennes et vives durent de trois à six heures.

Les douleurs les plus longtemps ressenties, 9 heures, et par intervalles sont celles dues à un badigeonnage de la croûte avec de l'huile d'olive pour la ramollir et en permettre l'enlèvement. Il semble que l'huile d'olive, en faisant pénétrer dans la croûte et par les bords de celle-ci sur l'ulcération l'acide arsénieux résultant de l'évolution, produit une cautérisation plus complète.

Ulcération du dos du nez. — Du 6 au 18 mai, c'est-à-dire en 13 jours, elle a été cautérisée 12 fois.

7 fois	avec	la	solution	au	150e
2	—	—	—		100e
2	—	—	—		50e

Comme je l'ai déjà dit, ces cautérisations ont été à peine douloureuses.

Les cautérisations sont suspendues dès l'apparition des bourgeons charnus, les plaies saupoudrées d'iodol et les croûtes enlevées de temps à autre.

La cicatrisation de la plaie du sillon a été obtenue en quatorze jours.

Celle du dos du nez en huit jours.

En résumé : traitement assurément douloureux mais qu'un homme tant soit peu courageux peut facilement supporter. »

Épithélioma cutané bénin récidivant et carcinome malin serpigineux térébrant.

Par M. Gastou.

Les particularités histologiques dont je ne fais ici que donner un très court résumé, m'ont été fournies par deux biopsies pratiquées l'une chez notre confrère le Dr C..., l'autre chez une malade du service.

Le Dr C... vous a dit comment avait été appliquée dans son cas par M. Hermet, la méthode de Cerny-Trunecek, quels en avaient été les incidents et les résultats.

Chez la malade du service, à laquelle je fis également une biopsie avant l'application de la méthode, les résultats ont été absolument opposés : l'ulcération néoplasique a subi une impulsion destructive, et pourtant la méthode a été la même et appliquée également par M. Hermet.

Je crois que ces résultats contradictoires tiennent à la variété clinique et à la structure histologique des deux cas traités.

Dans le cas du Dr C... il s'agissait d'un de ces épithéliomas superficiels de la région nasale, auxquels M. Besnier a donné le nom de bénins.

Chez la malade du service de M. le Dr Fournier, nous étions en présence d'une de ces néoplasies voisines des conduits dont la marche est à la fois serpigineuse et térébrante, qui détruisent sans grandes douleurs de larges surfaces.

Si cliniquement l'aspect est différent, il en est de même histologiquement et je ne crois pas que cette différence soit utile à constater seulement au point de vue du mode de traitement à appliquer, mais aussi dans l'appréciation du pronostic.

C'est à la conclusion suivante que m'a conduit l'étude du parallèle histologique de ces deux cas : *qu'il ne faut pas appliquer la méthode de Cerny-Trunecek avant de s'assurer par une biopsie préalable de la nature hislologique du néoplasme.*

En effet, chez la malade du service l'abondance des cellules néoplasique était telle qu'elle ne laissait place à aucune autre formation cellulaire. Histologiquement la lésion était analogue au carcinome.

Ici le traitement n'a pas guéri, mais aggravé la lésion.

Chez le Dr C..., l'aspect est tout l'opposé, la lésion néoplasique tient peu de place, elle est très limitée ; çà et là quelques amas de cellules néoplasiques.

Mais ces amas déjà peu nombreux, sont comme submergés, étouffés par l'exubérance et la quantité des cellules non néoplasiques ; cellules en telle abondance qu'elles forment les deux tiers de la surface des coupes. Ici l'aspect histologique est celui d'un épithélioma et la guérison a été rapide et complète.

Les cellules qui entourent les amas néoplasiques ont un aspect tout spécial ; elles n'ont pas le type habituel des lymphocytes, des leucocytes ou des cellules conjonctives.

Ce sont des cellules dont le protoplasma se colore mal, et dont le noyau est tellement divisé qu'il donne l'apparence d'une sorte d'émiettement.

Sans préjuger de ce que donnera l'étude histologique de cas nouveaux, il nous a paru intéressant de signaler la caractéristique de bénignité donnée aux néoplasies cancéreuses de la peau par la présence de ces amas de cellules à noyaux émiettés, amas limitant l'extension néoplasique et facilitant la guérison.

M. Hermet. — J'attire l'attention de la Société sur la communication de M. Gastou. Pour ma part, j'ai été frappé des faits que vient de vous rapporter M. Gastou et l'examen des pièces histologiques a fait naître

chez moi la conviction que tous les carcinomes cutanés ne pouvaient être traités par la méthode de Cerny-Trunecek.

M. Fournier. — Il me semble que les communications de MM. Hermet et Gastou soulèvent des problèmes d'une importance telle que la Société ne peut rester indifférente à leur solution. Il y aurait intérêt à consacrer une séance à la discussion de faits qui importent au pronostic et au traitement d'une affection des plus fréquentes et des plus difficiles à traiter.

M. Besnier. — Je suis de l'avis de M. Fournier ; mais nous attendrons pour fixer une date que de nouveaux faits soient venus s'ajouter à ceux que MM. Hermet et Gastou nous ont signalés.

Hydrargyrie purpurique.

Par M. Alfred Fournier.

La forme purpurique de l'exanthème mercuriel est à coup sûr des plus rares, voire exceptionnelle. Je n'en ai pas trouvé mention dans le mémoire, cependant si complet et si documenté, que mon distingué collègue et ami le Dr Morel-Lavallée a consacré à l'étude de cette affection. Pour ma part je n'en avais encore rencontré aucun exemple jusqu'à ces derniers temps.

Tout récemment je viens d'en observer un cas, lequel, en raison de son caractère formellement et fortement purpurique, m'a paru digne d'être cité. Le voici :

X..., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 19 mars dernier, pour un ensemble de lésions cutanées absolument disparates, dont les unes sont manifestement constituées par des syphilides de modalité ulcéro-croûteuses et dont les autres ont pu, après analyse attentive, être sûrement rapportées à un exanthème mercuriel de forme purpurique.

Son histoire est la suivante :

Il a toujours joui d'une assez bonne santé depuis son enfance. En décembre 1897, c'est-à-dire il y a 3 mois, il a contracté un chancre syphilitique, lequel, à terme normal, a été suivi de roséole et de syphilides buccales. Puis, ont surgi, il y a quelques semaines, des accidents infiniment plus sérieux, sous forme de syphilides ulcéro-crustacées. Ces syphilides sont disséminées sur plusieurs départements, notamment sur les paupières, le cuir chevelu, les régions claviculaires, la base du thorax, le dos, la verge, etc. Elles consistent en des placards croûteux, d'une étendue variable entre celle d'une pièce de 50 centimes et celle d'une pièce de 5 francs. Leurs croûtes sont surélevées, brunâtres, quelques-unes même presque noires. Plusieurs d'entre elles se sont détachées en laissant à nu des ulcérations, la plupart arrondies, creuses, rouges, à bords nettement entaillés, etc. Bref, et sans entrer dans une description plus minutieuse, on reconnaît là en toute évidence une de ces syphilides ulcéro-croûteuses qui servent d'expression assez usuelle à la modalité

prématurément grave de l'infection spécifique connue sous le nom de *syphilis maligne précoce.*

Cependant le malade ne paraissait en rien, à cela près de quelques légers excès alcooliques, prédisposé à une forme grave de syphilis. D'autant que, dès le début de son infection, il s'est traité et même surtraité. Il a même absorbé,ces derniers temps, des doses intenses de mercure, à savoir, jusqu'à trois cuillerées à bouche, quotidiennement, de liqueur de Van Swieten, c'est-à-dire quatre centigrammes et demi de sublimé par jour, et cela pendant cinq semaines.

Aussi bien est-il affecté aujourd'hui, depuis quelques jours, de deux accidents mercuriels, à savoir une stomatite et un exanthème, l'un et l'autre de provenance incontestablement hydrargyrique.

I. — La stomatite est moyenne, presque intense, et s'accuse par les phénomènes classiques que je me bornerai à énumérer : endolorissement général de la bouche, dont tous les mouvements sont gênés et pénibles ; odeur affreusement fétide de l'haleine ; salivation assez abondante ; enduit limoneux des gencives et de la langue ; tuméfaction considérable et érosion disséminée des gencives ; tous phénomènes de glossite mercurielle, etc.

II. — L'hydrargyrie est également classique comme symptôme et consiste en ceci : exanthème profus et disséminé de tachettes et de petites papules boutonneuses qui criblent certaines régions, notamment les membres supérieurs (bras, avant-bras et mains), la face supérieure et interne des membres inférieurs, et, d'une façon plus discrète, le tronc, les flancs, l'abdomen et les jambes. Cet exanthème est rouge, d'un rouge floride, intense. Il est, de plus, légèrement prurigineux.

Mais ce en quoi cette hydrargyrie diffère de son type usuel, c'est que nombre de ses éléments revêtent un *caractère purpurique* très accentué. Une bonne moitié des taches, papules ou placards qui la composent, est constituée par un véritable *purpura*, à taches sanguines, violacées, dont la teinte ne s'efface pas sous la pression.

Aux mains, par exemple, que j'ai choisies pour en donner une reproduction photographique, toute la face palmaire du métacarpe et des doigts est littéralement criblée d'un semis de taches purpuriques, les unes lenticulaires, d'autres amorphes et formant de petites nappes sanguines plus ou moins étendues. A la paume de la main, on ne compte pas moins d'une trentaine environ de ces suffusions purpuriques.

Cette teinte purpurique de l'exanthème ne fit au reste que s'accentuer et s'accroître d'étendue pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital. Elle devint presque noire, pour se faner ensuite et s'éteindre progressivement.

Apyrexie. Un peu d'affaissement les premiers jours.

Traitement. — Irrigations buccales très fréquemment répétées avec décoction de guimauve ; potion au chlorate de potasse ; lait ; vin de Banyuls coupé d'eau ; café ; pansements des syphilides par occlusion au taffetas de Vigo ; lavements d'iodure de potassium.

Amendement progressif de l'exanthème, qui disparaît en une douzaine de jours. Amélioration rapide de la stomatite et des syphilides.

Iodure de potassium donné par l'estomac (4 à 8 grammes par jour). Exeat, en bon état, cinq semaines plus tard.

Ablation d'un chancre induré au troisième jour. Apparition des accidents secondaires dans les délais habituels.

Par M. ALFRED FOURNIER.

Il m'a paru très important de montrer à la Société ce malade, chez lequel existait un chancre induré qui fut dès le début enlevé totalement par le Dr Legueu, puis examiné histologiquement par mon chef de laboratoire, M. Gastou.

Il n'y avait donc aucun doute sur le diagnostic de syphilis, que l'histoire du malade est venue du reste confirmer :

D..., âgé de 21 ans, entre pour une lésion de la verge remontant à quatre jours.

Cette lésion avait débuté quinze jours après le coït par un petit bouton fort analogue à un bouton d'acné au début.

Actuellement, on la voit sur la partie dorsale du prépuce un peu en arrière du collet inférieur. Elle est de la grosseur d'une lentille, légèrement papuleuse, porte une érosion de la grosseur d'une tête d'épingle, plate, lisse et rouge. Saisie entre les doigts, elle est légèrement indurée et cette induration ne dépasse pas les couches superficielles.

Dans l'aine droite et dans l'aine gauche, il y a quelques tout petits ganglions.

Un seul à gauche a le volume d'un gros noyau. Le malade prétend qu'il existait avant le chancre.

Se basant sur l'incubation, l'induration et l'adénopathie, M. Fournier fit le diagnostic de chancre syphilitique et pria M. Legueu de pratiquer l'éradication.

Le quatrième jour donc, après la naissance du chancre, on en pratiqua l'excision, largement, ne laissant que la partie du prépuce attenant au frein.

Huit jours après furent enlevés les fils. Il n'y eut pas d'induration consécutive, mais un œdème et une tuméfaction de la verge et du gland qui ne cédèrent que peu de jours avant la sortie du malade, le 28 mars.

Le 7 juin, on le revoit dans le service. Il raconte qu'il a eu une pneumonie il y a environ trois semaines. Le médecin traitant appliqua un thapsia et voyant survenir une éruption sur le thorax et l'abdomen, la mit, dans l'ignorance de l'accident primitif, sur le compte du révulsif.

Bientôt apparut une angine bilatérale que, pour la raison sus-indiquée, on crut banale.

Actuellement sur les deux amygdales deux plaques muqueuses typiques, opalines, légèrement jaunâtres, avec deux volumineux ganglions sous-maxillaires non douloureux.

Sur le sternum, l'abdomen, la face antérieure des cuisses et un peu le dos,

macules rosées assez distinctes, par places confluentes et surtout accentuées sur la face latérale du thorax.

Il n'y a aucun accident en un autre point du corps, ni ganglions, ni lésions.

Comme vous pouvez en juger l'ablation du chancre n'a chez ce malade modifié en rien l'évolution de sa syphilis.

Sur un cas d'urticaire pigmentée avec cicatricules.

Par M. HALLOPEAU.

Nous avons présenté déjà à la Société, en mai 1892 et en avril 1896, deux malades atteints d'urticaire pigmentée avec cicatrices; des lésions analogues existent chez le jeune Deg..., mais avec des caractères différents; ce n'est pas en effet par suite d'une résorption interstitielle, mais consécutivement à la production de vésico-pustules que ces cicatrices se sont formées chez ce nouveau malade; elles n'intéressent d'ailleurs qu'un petit nombre des éléments éruptifs et sont de très petites dimensions.

L'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit:

Depuis le mois de janvier, ce jeune homme, antérieurement bien portant, est atteint d'une éruption récidivante qui occupe surtout le tronc.

Elle est constituée par des papules dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Elles se présentent sous diverses formes. Les unes sont planes, peu saillantes, d'un rouge pâle; d'autres forment un relief plus accentué, elles sont plus résistantes au toucher, leur couleur est d'un rouge plus vif. Certaines d'entre elles présentent, dans leur partie centrale, des squames fines et adhérentes, d'autres une croûtelle; d'autres sont le siège, également dans leur partie centrale, d'une cicatrice, tantôt déprimée, tantôt légèrement saillante. On voit en outre des éléments en voie de régression représentés par des macules pigmentées. Cette éruption est disséminée sur toute la partie antérieure du tronc; quelques boutons se voient à la racine des membres. La partie postérieure du tronc est intéressée suivant le même mode; on y voit, en outre, des plaques éruptives, arrondies ou ovalaires, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, peu ou point saillantes, desquamant légèrement et d'une coloration brunâtre. Sur les parties latérales du cou, qui sont fortement pigmentées, on voit des plaques rappelant celles de la syphilis pigmentaire.

Les boutons ne s'effacent pas sous la pression du doigt ou ne le font que très incomplètement.

Une partie des boutons de la partie antérieure du tronc forment un relief très notable au-dessus des parties saines.

A plusieurs reprises nous avons constaté l'existence de plaques nettement ortiées.

Ces éléments éruptifs rétrocèdent au bout de quelques jours et il s'en produit de nouveaux.

Nous constatons l'absence d'adénopathies cervicales et épitrochléennes. Les amygdales présentent une teinte opaline, mais il y a aussi des parties décolorées sur la voûte palatine et des stries blanchâtres transversales sur la luette ; il semble bien que ces colorations anormales soient congénitales et que l'on ne soit pas en droit de les rapporter à un processus pathologique.

L'éruption est prurigineuse.

Le diagnostic de cette dermatose n'est pas sans présenter de réelles difficultés : on pourrait penser à des syphilides ; l'existence de quelques macules décolorées au niveau de la pigmentation cervicale pourrait particulièrement être invoquée en faveur de cette manière de voir ; mais un examen approfondi ne nous a pas permis de nous y arrêter ; en effet, les boutons ont une durée plus éphémère que dans la syphilis, chacun d'eux évoluant en quinze jours environ ; de plus, nous leur avons reconnu à plusisurs reprises l'aspect ortié ; ils sont prurigineux ; enfin, l'éruption se renouvelle incessamment depuis six mois sans changer de caractère ; il y a là un ensemble de phénomènes qui éloignent l'idée d'une syphilis dont il serait d'ailleurs impossible de trouver la porte d'entrée.

La longue durée de la maladie et le caractère nettement boutonneux des lèvres permettent également d'éliminer l'hypothèse d'un pityriasis rosé à laquelle quelques-uns des éléments pourraient faire penser.

Nous nous arrêtons au diagnostic d'urticaire pigmentée en raison de l'aspect nettement urticarien qu'ont présenté à diverses reprises plusieurs des boutons ainsi que de la pigmentation persistante qui les accompagne et leur fait suite.

Nous avons vu que quelques boutons étaient le siège de croûtelles dues à la dessiccation de vésico-pustules : ce fait a déjà été signalé ; il n'en est pas de même des cicatrices sur lesquelles nous avons insisté.

Deuxième note sur un cas de congestions œdémateuses para-urticariennes incessamment récidivantes.

Par M. H. Hallopeau.

Nous avons présenté une première fois cette malade à la Société dans sa séance du 16 février 1893, sous l'étiquette de cas d'*œdème chronique d'origine ortiée* ; depuis lors, la maladie a persisté avec des caractères identiques ; si nous en modifions le titre, c'est que le phénomène dominant chez cette malade est le retour incessant des pous-

sées faciales; mais la dénomination d'œdème reste justifiée, car, en dehors des poussées, la face reste très notablement tuméfiée.

Les poussées congestives et œdémateuses du côté de la face se produisent presque tous les deux jours, sans régularité absolue cependant. Elles ne sont pas prurigineuses; elles s'accompagnent d'une sensation de cuisson. En 10 ou 15 minutes, la face, devenue rouge, augmente considérablement de volume et subit ainsi une déformation des plus saisissantes; les paupières supérieures forment d'énormes bourrelets de consistance œdémateuse, se laissant déprimer par pression prolongée du doigt; les fentes palpébrales sont en conséquence considérablement diminuées, elles s'oblitèrent complètement lorsque la malade regarde en bas; lorsqu'elle regarde devant elle, leur diamètre vertical est de 5 millimètres, leur diamètre transversal mesure environ 2 centimètres et demi; la partie médiane de l'iris se trouve ainsi seule découverte; la peau distendue prend un aspect grenu.

Les plis naso-jugaux sont très accentués, le relief de la joue au-dessus d'eux mesure environ 2 centimètres et demi. Ces plis se continuent en bas de façon à dessiner sur la lèvre supérieure un lobule médian saillant. L'ouverture buccale paraît rétrécie. Elle mesure 4 centimètres. La tuméfaction du visage se continue en haut jusqu'au niveau du cuir chevelu; elle atteint latéralement les oreilles, et dessine en bas un double menton; la coloration rouge est surtout prononcée aux paupières et au front.

Le dimanche 20 mars 1898, vers 5 heures, la malade éprouve de la céphalalgie, du tremblement, des nausées, puis une sensation de chaleur au visage.

Le lundi 21 mars, il se développe dans la matinée une éruption érythémateuse et ortiée très étendue, elle occupe le cou, la partie antérieure du tronc jusqu'à l'ombilic et sa partie postérieure jusqu'au bas des fesses; elle forme une large nappe avec 2 ou 3 petites zones de peau saine au milieu de l'éruption.

La périphérie de l'érythème est irrégulière, comme celle de plaques ortiées, et forme une légère saillie. Sa coloration est d'un rouge vif, et disparaît momentanément sous la pression du doigt.

La face est également prise; elle est plus gonflée que les jours précédents; les paupières sont énormément boursouflées; la coloration est rouge vif.

La malade ressent une cuisson généralisée aux parties atteintes.

La température atteint 39° le matin et 40° le soir.

Le 22. L'éruption a la même étendue que la veille, sa rougeur est moins vive. Elle est moins saillante.

La malade ressent de vives démangeaisons.

La température est normale, la langue saburrale.

Le 23. Même état.

Le 24. L'éruption est plus pâle, surtout à sa périphérie, où elle dessine des lignes irrégulières.

Le 25. La face antérieure du tronc ne présente plus que des macules rosées d'apparence rubéolique; le placard persiste dans le dos.

Le 26. La face est revenue à son état normal,les paupières sont dégonflées.

Les 27 et 28. Même état.

Le 29. L'éruption a disparu.

Depuis lors, les poussées faciales ont continué à se reproduire incessamment, comme elles le font depuis plus de trois ans, suivant le mode indiqué ci-dessus.

Comme il y a trois ans, nous considérons cette dermatose comme étant d'origine ortiée : nous nous fondons sur l'existence antérieurement de fréquentes poussées d'urticaire, sur le caractère passager des poussées faciales, sur leur analogie avec celles de l'urticaire œdémateuse, sur les contours géographiques de la poussée fébrile du tronc (cette poussée nous a fait éliminer complètement la possibilité d'éruptions provoquées artificiellement par des topiques irritants); nous ne pouvons méconnaître cependant que cette éruption présente de notables différences avec celles des formes vulgaires de cette maladie : en premier lieu les sensations prurigineuses font actuellement défaut; ces poussées sont presque complètement indolentes; c'est à peine si la malade accuse par instant un peu de cuisson ; d'autre part, les poussées habituelles du côté du visage ne présentent pas les contours géographiques des plaques ortiées ; enfin, lors des deux poussées envahissantes du tronc, il s'est produit une hyperthermie que l'on n'observe pas dans les formes classiques d'urticaire; nous dirons donc volontiers, pour employer une expression à la mode aujourd'hui, qu'il s'agit d'une *affection para-urticarienne* plutôt que d'une véritable urticaire.

Nous avons essayé chez cette malade les médications internes et externes les plus diverses sans en obtenir jamais aucun résultat.

Leucoplasie syphilitique secondaire.

Par M. Barbe.

Le fait suivant observé à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine est un exemple de la leucoplasie syphilitique secondaire. MM. Besnier et Fournier ont à maintes reprises attiré l'attention sur les syphilides secondaires leucoplasiformes; la communication du Dr Danlos sur la leucoplasie syphilitique secondaire, faite à la séance de la Société de dermatologie le 10 mars 1898, a donné à cette question un regain d'actualité, il faut y ajouter les cas signalés par le Dr Barthélémy à propos de cette communication.

Dans le fait que je rapporte, les plaques leucoplasiques, dont l'une s'était ulcérée à son centre, avaient résisté non seulement au trai-

tement topique, mais aussi au traitement par les pilules ; seule la médication par les injections mercurielles solubles en a eu raison et a confirmé la nature syphilitique de cette leucoplasie. Il ne pouvait être question chez ce malade de lichen plan buccal.

En somme, depuis la communication si intéressante du Dr Danlos sur la leucoplasie syphilitique secondaire, on peut établir qu'il y a deux sortes de leucoplasie secondaire : l'une, la leucoplasie secondaire d'emblée telle que celle présentée par la malade de Dr Danlos (séance de la Soc. de dermatologie du 10 mars 1898) ; l'autre la leucoplasie syphilitique consécutive à des syphilides secondaires des muqueuses.

Ces leucoplasies syphilitiques sont justiciables du traitement spécifique, à l'inverse de la leucoplasie le plus souvent parasyphilitique de la syphilis tertiaire. Voici l'observation résumée :

R..., entrée le 16 novembre 1897, dans le service du Dr Gaucher, journalière, âgée de 30 ans, présente depuis quatre mois une roséole généralisée à toute la surface du corps. La malade déclare n'avoir rien eu de suspect aux organes génitaux, il est plus que probable que le chancre a siégé sur l'amygdale droite, car on voit à ce niveau une large surface circulaire anfractueuse. Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont extrêmement tuméfiés. La malade dit avoir donné des soins à un enfant syphilitique. Traitement par les pilules de sublimé ; de plus, on lui prescrit des injections de sulfate de cuivre pour de la leucorrhée vaginale. Le 25 novembre 1897, plaques muqueuses de la lèvre inférieure ; cautérisation. Le 10 décembre, plaques muqueuses du pharynx. Le 16 décembre, arthrite du coude droit. On remplace les pilules de sublimé par les injections de benzoate ; KI, 2 gr. par jour ; enfin on applique chaque jour sur l'articulation malade de l'onguent napolitain. Six jours après, guérison de l'arthrite. On continue les injections qui sont douloureuses ; on les remplace bientôt par des frictions mercurielles. Le malade sort guéri le 10 janvier 1898.

Le 23 février, la malade se présente à la consultation de dermatologie pour une petite plaque de leucoplasie située sous la pointe de la langue, plus grosse qu'une lentille. On fait des attouchements sur la plaque 2 fois par semaine avec la solution de bichromate de potasse au cinquantième.

Le 21 mars, la plaque persiste. Le 20 avril, pas de modification malgré des cautérisations au nitrate d'argent tous les 4 jours. Le 25 avril, au centre de la plaque se forme une ulcération assez creuse pour loger une tête d'épingle ; à droite de cette plaque il en existe une autre, qui est grande comme une lentille.

D'autres plaques ne tardent pas à se former au-dessous des précédentes. On se décide à faire des injections de cyanure d'hydrargyre, comme les injections de benzoate ne sont plus acceptées par la malade. Au bout de 6 injections assez douloureuses, les plaques disparaissent sans aucun traitement topique.

Il ne reste plus que quelques tractus blanchâtres qui s'effacent avec les injections suivantes.

Note sur l'application de la méthode de Cerny-Trunecek à la guérison du lupus.

Par M. Brault.

Dans l'avant-dernière séance, à propos d'un épithélioma primitif de la voûte palatine, j'ai indiqué que le traitement de Cerny de Prague m'avait bien réussi dans plusieurs cas de cancroïde de la face.

Quelques jours après la publication du mémoire de Cerny et Trunecek dans la *Semaine médicale*, j'avais l'occasion de mettre à l'épreuve cette nouvelle méthode.

Un commandant en retraite se présentait à l'hôpital du Dey porteur d'un cancroïde de l'aile du nez à gauche, et las d'essayer en vain les topiques les plus divers, venait me demander mon intervention.

Le malade était bien décidé à une opération, mais avant de procéder à cette dernière, je lui proposai de recourir encore à la méthode qui constituait « le dernier cri »; il s'y soumit très volontiers. Très courageux, il ne s'est jamais plaint du traitement et n'a cessé de vaquer à ses occupations. Muni d'une instruction détaillée, *il a procédé lui-même* aux applications arsenicales et s'est contenté de venir se montrer une fois par semaine à l'hôpital.

Nous nous sommes servi tout d'abord de la solution à 1/150e, puis de la solution à 1/100e. Après le détachement successif d'une eschare et de croûtes de moins en moins épaisses, la plaie est devenue bourgeonnante; dix semaines plus tard la cicatrisation était complète.

Tout dernièrement, le malade, particulièrement reconnaissant, a tenu à me faire constater encore l'heureux résultat; *après un an*, la cicatrice est restée parfaite, et il serait bien difficile de reconnaître la place de l'ancien cancroïde ulcéré.

Depuis, j'ai appliqué la même méthode sur un cancroïde de la joue et sur un épithélioma de la paupière, le traitement a demandé environ sept semaines dans les deux cas. Notre premier sujet reste cicatrisé depuis six mois, sans l'ombre d'une récidive; le second, traité plus récemment, n'est guéri que depuis deux mois à peine.

Dans tous ces cas, il s'agissait de *cancroïdes assez limités* et *sans adénites*; dans aucun cas, je n'ai appliqué de pansement et je me suis scrupuleusement conformé aux prescriptions des inventeurs.

Moins heureux que certains auteurs qui ont écrit récemment sur le sujet, je ne compte que des insuccès pour les épithéliomas des muqueuses. Sans doute, j'ai obtenu une petite amélioration locale, mais les adénopathies et la cachexie n'ont nullement été enrayées. En outre du cas d'épithélioma primitif déjà signalé, j'ai tenté l'aventure dans un épithélioma lingual inopérable; mes deux malades ont succombé à brève échéance, sans que ma thérapeutique ait eu la moindre influence sur la marche habituelle de la maladie.

Enhardi par les succès que j'avais obtenus dans le traitement des cancroïdes de la face, j'ai voulu *essayer la méthode vis-à-vis du lupus*.

J'ai tout d'abord traité un lupus tuberculo-ulcéreux de la joue gauche chez une jeune fille; voilà deux mois que cette thérapeutique est appliquée, il n'y a plus qu'un petit point où il existe encore une croûte, le reste ne présente pas pour le moment de récidive et paraît bien cicatrisé.

A la fin du mois d'avril, j'ai essayé de nouveau les applications arsenicales sur un lupus de la tempe et du nez que je soigne depuis longtemps déjà par les divers traitements classiques. Il s'agit d'un officier supérieur en retraite que je suis depuis plusieurs années; avant de lui proposer en fin de compte les *injections de calomel*, je lui ai fait entrevoir qu'il pourrait peut-être retirer quelques bénéfices de la méthode de Cerny. Après lui avoir donné mes explications et lui avoir remis le mémoire de Cerny et Trunecek, j'ai institué le traitement le 23 avril; actuellement une partie du placard temporal est déjà cicatrisée (1).

Dans ces deux cas, les malades n'ont pas trouvé le traitement trop douloureux; cependant il faut bien l'avouer, il y a une réaction des plus vives et les croûtes ont été infiniment plus épaisses que dans les cas de cancroïdes que j'ai eus à traiter, il y a eu un fort écoulement de sérosité sous les croûtes et j'ai constaté de l'œdème et de la rougeur à une assez forte distance.

En raison de ces phénomènes, je ne me suis servi que de la solution faible et j'ai conseillé de ne faire les badigeonnages que tous les deux ou trois jours.

Les croûtes, je viens de le dire, très épaisses, sont plus adhérentes que dans les cas de cancroïde, deux ou trois fois nous avons dû les faire tomber avant de faire un nouveau badigeonnage qui serait probablement resté inefficace sans cette dernière précaution.

Actuellement je commence à traiter de la même manière une ulcération tuberculeuse de la cloison nasale et un lupus érythémateux de la face, il s'agit d'un lupus iris (Besnier), les cocardes ont été préalablement scarifiées.

Je connais malheureusement trop les retours offensifs du lupus, pour voir, quant à présent, des guérisons véritables dans ces améliorations; je compte suivre mes cas et j'en reparlerai avec plus de détails, lorsqu'ils auront suffisamment vieilli.

(1) Bien entendu je n'ai pas caché à ces malades qu'il s'agissait d'un essai.

Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation bilatérale des ganglions inguinaux.

Par M. Haralamb (de Bucarest).

Dans la séance du 11 juin 1896, M. G. Brouardel communiquait à la Société de Dermatologie un cas d'*éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux*. Ayant eu l'occasion d'observer dans mon service un cas à peu près analogue, j'ai cru intéressant de le communiquer.

Voici en résumé l'histoire de notre malade, dont ci-joint deux photographies qui seront déposées aux archives de la Société.

Ce malade nous a été adressé à l'hôpital Colentina pour une tuméfaction énorme du pénis et du scrotum ; cette tuméfaction avait apparu la première fois en 1897 avec tous les phénomènes d'une poussée érysipélateuse : douleur, fièvre, vomissements, température, etc. Cette première poussée laissa à la suite le pénis et surtout le scrotum assez volumineux et épaissi, quand cette année (1896) il eut de nouveau au commencement de décembre une nouvelle poussée toujours accompagnée des mêmes symptômes que la première fois ; c'est pour ces phénomènes qu'il entre dans notre service le 8 décembre 1897.

Cette fois-ci la tuméfaction des organes génitaux, qui d'ailleurs, paraît-il, n'avait jamais disparu complètement depuis la première poussée, apparaît maintenant plus considérable (d'après le souvenir du malade).

Le pénis et le scrotum sont très tuméfiés ; le prépuce œdématié offre une coloration rosée, la peau est très tendue, plutôt dure mais pas douloureuse au toucher ; la miction n'est nullement gênée ; on observe sur le prépuce, au niveau de la rainure du gland, une dépression circulaire.

Le scrotum, également tuméfié, se présente sous une forme ovoïde ayant une circonférence de 38 à 40 centimètres ; au toucher il est d'une consistance rénitente, le raphé médian est proéminent et dur ; à sa partie gauche et à sa partie inférieure, on observe à sa surface quelques fissures qui laissent sourdre un liquide citrin.

Au bout de trois jours le cortège des phénomènes inflammatoires accompagnant cette nouvelle poussée disparaît et le malade ne ressent plus qu'une sensation de lourdeur dans les bourses.

Mais la tuméfaction n'a que très peu diminué et, malgré le traitement suivi par ce malade pendant un mois, la tuméfaction des organes génitaux est restée à peu près telle quelle et comme on peut le voir d'après la photographie *prise à la sortie du malade ;* au toucher cet œdème est plutôt dur et, à travers les enveloppes du scrotum, on peut à peine distinguer les testicules qui paraissent cependant sains.

Or quelque temps avant la première poussée, ce malade, qui présente comme aspect tous les attributs du lymphatique, avait subi dans un service de chirurgie *l'ablation totale des ganglions inguinaux des deux côtés*, comme le témoignent les cicatrices linéaires

déprimées qu'on peut très bien voir aussi sur la photographie (petite pose) et qui forment là comme une barrière, c'est pourquoi j'ai pensé que nous avions affaire là à *un éléphantiasis des organes génitaux externes dû à l'ablation bilatérale des ganglions lymphatiques* qui produit un obstacle à la circulation en retour de la lymphe.

M. Barthélemy. — N'est-il pas arrivé à M. Verchère d'enlever des ganglions lymphatiques d'une région, aines, aisselles, cou ? Or, a-t-il vu l'ablation suivie de ces œdèmes persistants ? Pour ma part, je pense qu'il faut encore d'autres conditions pour déterminer ces éléphantiasiformes durables et que leur étiologie, comme leur traitement, est encore mal connue.

M. Verchère. — J'ai à différentes occasions enlevé des ganglions inguinaux ; il est rare qu'on les extirpe tous, ce qui pourrait expliquer que je n'ai pas vu d'éléphantiasis consécutif à l'opération.

M. Besnier. — Autant le curettage des ganglions est fréquent, autant sont rares les cas d'éléphantiasis.

Névrome plexiforme de la paupière supérieure gauche.

Par M. E. Legrain.

La photographie que je présente à la Société, est celle d'un homme de 40 ans, européen, chez qui, à l'âge de 2 ans, à la suite d'une chute qui lui fit plusieurs fractures du crâne et des membres, commença à se développer une tumeur de la paupière supérieure gauche qui augmenta lentement sans jamais déterminer la moindre douleur.

Actuellement la tumeur forme une masse du volume du poing, largement implantée depuis la racine du nez jusqu'à l'oreille gauche ; elle semble constituée par trois gros replis cutanés qui retombent en couvrant toute la moitié supérieure de la joue gauche. La paupière supérieure elle-même, à peu près normale au moins dans la région antérieure, se trouve de la sorte appliquée contre l'aile du nez. La peau n'a pas changé de coloration, elle est seulement un peu plus molle et moins consistante ; au-dessous d'elle on sent, par la palpation, une série de paquets constitués par des cordons durs, noueux, de calibre variable, donnant la sensation d'un gros varicocèle. Il n'existe d'ailleurs au niveau de la tumeur ni battement, ni souffle, ni anesthésie cutanée.

Le malade porte une tumeur du même genre au niveau d'une de ses articulations tibio-tarsiennes ; il avait d'ailleurs eu une fracture des deux extrémités inférieures des os de la jambe.

L'œil, qui était encore intact en 1892, époque à laquelle je vis le malade pour la première fois, commence à s'atrophier, d'ailleurs sans ulcération de la cornée qui est seulement amincie et presque complètement opaque.

Le malade, marié et père de plusieurs enfants, tous splénomégaliques, habitant dans un lieu très malsain, refuse toute intervention chirurgicale.

Le cas est classique et il suffit d'avoir vu une fois un névrome plexiforme pour faire le diagnostic que l'examen attentif confirme d'ailleurs. Il convient de signaler comme cause occasionnelle le traumatisme en bas âge, comme dans le cas récent de Romakers et de Vincent, où il s'agit d'une Espagnole ayant reçu un coup de chaise à l'âge de 3 ans.

Il existe dans le cas présent 7 tumeurs ; 12 fois sur 34 cas le névrome a été trouvé multiple.

Le siège préféré de la tumeur est la région palpébrale et la région temporale (15 cas dans la statistique de Bruns). Il en existe seulement 3 cas des extrémités sur les 30 cas réunis par Bruns.

Le cas confirme encore ce que des auteurs indiquent au sujet des modifications cutanées ; la peau, dans les névromes plexiformes du tronc est fréquemment pigmentée, tandis que cette pigmentation serait exceptionnelle pour les tumeurs de cette nature siégeant à la face.

Notes sur l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique.

Par M. E. Legrain.

Dans une note parue en 1895 dans les comptes rendus de la Société de biologie j'ai montré la fréquence des malformations des extrémités chez les indigènes algériens porteurs de lésions manifestement hérédo-syphilitiques, et j'ai donné dans cette note 5 observations résumées, en présentant les photographies à l'appui, de malformations des mains et des pieds, chez des hérédo-syphilitiques. Depuis ce moment, je me suis attaché à la recherche des malformations de tout genre en prenant pour sujets d'examen tous les indigènes entrant à la prison civile de Bougie.

J'attirerai l'attention sur certains points en apportant quelques nouvelles observations de l'influence dystrophique de l'hérédité syphilitique.

a) *Malformations thoraciques.* — En deux ans, j'ai rencontré quatre cas de thorax en entonnoir bien typiques. Dans les deux premiers cas, il s'agissait d'indigènes adultes de 20 à 25 ans.

Le premier présentait une dépression sternale de 25 millimètres de profondeur. Les deux incisives médianes supérieures, de beaucoup plus longues que les incisives latérales, portaient une dentelure en scie de leur bord libre.

Le deuxième, dont la dépression sternale était profonde de 20 millimètres présentait de petites érosions en sillons continus, des incisives inférieures.

Ces malformations dentaires ne sont pas évidemment pathognomoniques de la syphilis héréditaire, cependant elles constituent une certaine probabilité en faveur de l'existence de l'hérédo-syphilis.

Le troisième cas concerne un indigène de 35 ans environ que je pus observer pendant près de deux mois. Il était porteur à la région sacrée d'une vaste ulcération à contours polycycliques, profonde de 1 centimètre au moins, à bords rouges non décollés, recouverte d'un exsudat grisâtre. Cette ulcération durait, au dire du malade, depuis au moins trois ans, et avait été traitée sans succès par tous les topiques dont se servent les indigènes. Microdontisme des canines et surtout des incisives. Rate et foie normaux. Il prétend n'avoir jamais été malade. Reste seul de 8 enfants morts en bas âge.

Cet indigène présente un thorax en entonnoir typique ; son thorax est cylindrique, l'entonnoir se trouve sur la ligne médiane antérieure. La dépression commence au niveau de la troisième côte et sa profondeur est de 40 millimètres.

Le centre de la dépression siège au niveau de l'union de l'appendice xiphoïde avec le sternum. L'appendice xiphoïde est notablement atrophié.

La nature syphilitique de la vaste ulcération sacrée est mise hors de conteste par le traitement mixte. Elle se cicatrise avec une rapidité étonnante et la guérison donne lieu ainsi que le montre la photographie jointe à cette note, à un vaste placard de leucomélanodermie.

Le quatrième cas, dont je présente la photographie, concerne un Kabyle de 18 ans environ, ayant depuis son enfance présenté des accidents de syphilis héréditaire. En ce moment je le traite pour otite suppurée, et accidents papulo-hypertrophiques de la région anale et du scrotum, visibles sur la photographie. Sa tête possède une conformation bien spéciale : très longue, très aplatie latéralement, elle présente un énorme développement de la région occipitale ; incisives inférieures striées, thorax en entonnoir dont la dépression mesure en son centre 3 centimètres.

Que l'on admette, comme le veut Zuckerkandl, que le thorax en entonnoir soit produit par la pression du menton sur le sternum, au cours de la vie fœtale, ou bien que l'on en recherche la cause avec Schiffer dans un excès de longueur des côtes, il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas publiés, le thorax en entonnoir coexiste avec d'autres malformations congénitales.

Eichhorst et Klemperer ont publié des cas concernant plusieurs membres dans une même famille.

Sans vouloir conclure de quelques faits à la généralité, il me semble que l'hérédo-syphilis, mieux recherchée, pourrait être plus souvent mise en évidence chez les individus porteurs de ces malformations thoraciques.

b) *Kystes dermoïdes*. — L'étiologie des kystes dermoïdes est absolument inconnue. Deux kystes que j'eus l'occasion d'opérer presque en même temps chez des hérédo-syphiliques me firent rechercher l'hérédo-syphilis dans les divers cas qui se présentèrent à moi. Voici le résumé de quelques-unes de mes observations :

I. — *Kyste dermoïde de la paupière supérieure droite avec prolongement intranasal.* — Enfant de 5 ans dont le père, syphilitique avéré, a été néphrectomisé par M. Tuffier, pour un rein suppuré. Une sœur du petit malade a été atteinte de néphrite avec urémie qui a bien guéri et ne s'est plus reproduite depuis deux ans. Ces deux enfants ont d'ailleurs présenté des accidents syphilitiques cutanés à plusieurs reprises. J'ai opéré ce kyste dermoïde dont l'ablation a été très laborieuse. Réunion par première intention.

II. — *Kyste dermoïde, avec pédicule inséré dans l'espace inter-crico-thyroïdien.* — Jeune fille kabyle de 18 ans environ, présentant des caractères d'*infantilisme* marqués ; *érosions dentaires*, légère *incurvation des tibias*, aucun accident cutané. Le diagnostic avait été : goitre kystique, mais au cours de l'opération le diagnostic fut rectifié; le kyste dermoïde, pesant 350 gr., fut enlevé malgré ces adhérences et le corps thyroïde sous-jacent trouvé atrophié.

III. — *Kyste dermoïde médio-frontal.* — Cette observation concerne un individu d'une cinquantaine d'années, entré en août 1897 à l'hôpital civil de Bougie pour une tumeur du volume du poing faisant corps avec le cæcum ; pas de melæna. Cette tumeur n'était pas actinomycosique, l'examen régulier des selles n'a permis de rien y découvrir de spécial. *Le traitement mixte a fait disparaître totalement cette tumeur* qui datait de deux mois. Le malade était porteur d'un kyste dermoïde médio-frontal du volume d'un gros œuf de poule, dont le développement aurait commencé dès les premiers mois de la vie. Ce malade ne présentait aucun accident spécifique. Pas de malformation dentaire.

IV. — *Kyste dermoïde de la paupière supérieure droite.* — Il s'agit d'un Kabyle traité pour une kératite parenchymateuse double dont la nature spécifique ne faisait aucun doute et dont un frère était d'ailleurs porteur de lésions syphilitiques ulcéreuses. Je l'opérai d'un kyste dermoïde de la paupière supérieure droite.

V. — *Kyste dermoïde du bregma.* — Kabyle de 25 ans environ, présentant des marques d'*infantilisme, atrophie testiculaire*, atrophie des oreilles, *érosions dentaires* surtout marquées aux incisives inférieures. Kyste dermoïde du bregma opéré, contenant une grande quantité de cheveux.

S'agit-il, dans ces divers cas, d'une simple coïncidence de kystes dermoïdes et d'hérédo-syphilis ? Il est impossible de baser des conclusions sur un petit nombre de faits. Je ne puis qu'appeler l'attention sur ces faits. Peut-être, des statistiques de l'avenir se dégagera-t-il la conclusion que la syphilis des parents est une des grandes causes des malformations congénitales, au nombre desquelles il conviendra de compter certaines malformations thoraciques et les kystes dermoïdes.

Lipomatose généralisée avec état éléphantiasique de la moitié sous-ombilicale du corps.

Par MM. L. Raynaud et E. Legrain.

D. A..., 43 ans, d'origine française, né en Algérie, et y ayant toujours habité, est le fils d'un alcoolique mort hydropique ; sa mère est bien portante et très âgée. Cet individu, qui pèse *180 kilogr.*, a commencé à grossir à l'âge de 14 ans. Il a exercé les professions diverses de terrassier, cuisinier, cantinier, s'adonnant très volontiers à l'alcoolisme, suivant la tradition familiale. A 30 ans, il avait atteint le volume et le poids qu'il a actuellement, et s'était toujours très bien porté, lorsqu'il y a six ans (1891) il entra à l'hôpital d'Alger pour des douleurs rhumatismales (?) ; il fit depuis plusieurs séjours dans différents services de l'hôpital : chez le Dr Gémy pour un eczéma des *jambes*, à la clinique médicale pour une affection fébrile indéterminée, en chirurgie pour un chancre simple du prépuce qui avait déterminé un phimosis considérable, l'empêchant d'uriner. Il fut opéré de ce phimosis, et, depuis cette époque, sa verge et le prépuce sont restés *éléphantiasiques*.

Le 3 juin 1897, je trouve ce malade atteint d'un érysipèle de toute la jambe gauche, datant de quatre à cinq jours. Traité par les applications de pommade à l'ichtyol et des compresses d'eau de sureau, il peut sortir au bout d'une semaine. Le 22 juin, il nous rappelle et nous montre sa même jambe encore reprise. Le 11 juillet, l'érysipèle a gagné l'autre membre jusqu'à la cuisse.

L'état général est profondément altéré, la fièvre ne cesse pas, le malade est en proie à une dyspnée intense ; il a du délire. Il est couché sur un grabat, presque sans soins ; nous arrivons à grand'peine à décider la famille à envoyer ce malade à l'ambulance.

Pour l'y porter, de grandes difficultés surgissent, du fait de son poids énorme ; les efforts qu'il fallut faire pour l'installer ne firent qu'affaiblir encore le malade déjà profondément déprimé. La température atteint 40° et 41°,2, le pouls filiforme : 130 pulsations ; la dyspnée augmente. Les urines sont rares et très volumineuses. Le 12 le malade meurt dans le coma.

Il a été impossible de faire l'autopsie.

Tandis que la face postérieure des jambes est blanche et lisse et que le derme paraît intact, la face postérieure offre, surtout à droite, des papilles irrégulières, pigmentées en forme de verrues, avec des crevasses et sillons. La pression du doigt ne laisse pas de godet. Le membre est augmenté de volume ; mais étant données les dimensions exagérées de tout le corps, il n'est pas hors de proportion avec le reste. La peau est sclérosée, déformée, mamelonnée, moins abondamment pourvue de poils. Une saillie subite sépare la jambe du pied, qui n'est pas disproportionnée non plus.

Dimensions du membre inférieur droit:

Circonférence du pied, au niveau du cou-de-pied..... 0,35

Longueur du pied		0,22
Circonférence de la jambe au niveau du mollet		0,60
—	de la cuisse (partie moyenne)	0,80

Dimensions du membre supérieur droit :

Circonférence du bras, au niveau du biceps		0,48
—	de l'avant-bras (partie moyenne)	0,35
—	de la main (au niveau des métacarpiens).	0,27
Longueur de la main		0,18

L'abdomen forme une vaste poche retombant au-devant du pubis ; la peau est souple, couverte de vergetures. L'ombilic a disparu au fond d'un repli cutané de 10 centimètres de longueur. Les mamelles énormes tombent sur l'abdomen.

Le prépuce présente l'aspect d'un bourrelet épais, mamelonné, laissant au centre une ouverture, dont les bords sont fermés et forment une fente de 7 centimètres de longueur.

Toute la peau qui reste du prépuce (opéré d'un phimosis) ainsi que celle de la verge, est éléphantiasique. La peau du scrotum est, comme celle de l'abdomen, infiltrée de tissu adipeux. Les testicules sont relativement peu volumineux.

Dimensions du tronc :

Circonférence passant par le pubis et le sommet des fesses		1,58
—	du tronc au niveau de l'ombilic	1,75
—	du tronc au niveau du mamelon	1,36

Si l'on considère que cet individu n'avait que *1 m. 61 de taille*, on verra avec étonnement que sa circonférence était supérieure à sa hauteur, de beaucoup, et on constatera qu'il existe peu d'observations relatant des dimensions aussi fortes.

Guibout, cependant, cite deux cas où les dimensions des jambes éléphantiasiques sont encore plus grandes.

Dans le premier cas :

La circonférence au bas de la jambe avait		66	centim.
—	au mollet	96	—
—	au haut de la cuisse	105	—

Dans le second :

La circonférence au bas de la jambe mesurait.		56	centim.
—	au mollet	96	—
—	au genou	84	—
—	au haut de la cuisse	105	—

Examen histologique. — L'autopsie, avons-nous dit, n'a pu être faite, les parents s'y étant opposés ; mais nous avons pu recueillir un morceau de peau de la jambe éléphantiasique. Le tissu cellulaire avait une épaisseur très considérable ; il fallait aller à plus de 7 à 8 centimètres pour atteindre le muscle. La seule particularité digne d'être notée dans l'épiderme

est le développement considérable de la couche cornée. Le tissu propre sous-jacent se montre composé de deux portions absolument distinctes : une portion sous-épidermique présentant les lésions classiques de l'éléphantiasis et une portion profonde très épaisse, qu'à la coupe, on ne distingue guère du lipome pur.

La portion supérieure lardacée et beaucoup plus dure, se montre sur une épaisseur d'environ trois quarts de centimètre, constituée par un fentrage épais, formé de tissu conjonctif assez dense. Dans cette couche, il est difficile de mettre en évidence le tissu élastique, par les méthodes habituelles : on n'y rencontre que de rares fibres élastiques dissociées, isolées, rarement réunies par petits paquets. Les artères ne sont pas notablement altérées et leur épithélium est intact. Les veines seules présentent par places de petites dilatations variqueuse. Les lymphatiques, à parois peu épaissies d'ailleurs, sont gonflés et variqueux par places.

Dans tout ce tissu conjonctif, et autour des vaisseaux principalement, se voit un afflux leucocytaire, composé presque uniquement de petites cellules rondes, à un seul noyau. La méthode de Gram ne permet de mettre en évidence que quelques *cocci* ronds, réunis par deux ou trois et cela seulement dans les parties tout à fait superficielles et sous-épidermiques.

Aucune culture n'a pu être faite avec la sérosité qui s'écoulait des incisions au moment où on a prélevé les fragments de peau.

Nous nous trouvons ici en présence d'un cas complexe qui mérite d'être discuté.

Avant l'eczéma pour lequel il a été traité, le malade était volumineux, énorme, mais son état général semblait bon ; aucune affection cutanée, du côté de ses membres inférieurs, n'avait attiré son attention.

Il semble donc que cette lipomatose précoce et qui s'expliquerait peut-être en partie par l'existence de l'alcoolisme chez son père, ait été simple, au début, et non compliquée.

Cette *lipomatose généralisée* ne pouvait qu'augmenter grâce aux habitudes d'intempérance du malade.

Elle augmenta en effet, jusqu'au moment où l'apparition d'un eczéma changea la face des choses. Cet eczéma n'était-il pas d'ailleurs une manifestation du début de l'état éléphantiasique des jambes? C'est ce qu'il est bien difficile de déterminer aujourd'hui.

Toujours est-il que d'une lipomatose simple on arrive en quelques années à une lipomatose compliquée, pour la partie sous-ombilicale du corps, d'un état éléphantiasique, et que le malade meurt d'une septicémie consécutive à un érysipèle des jambes.

L'apparition de cet état éléphantiasique (car ici, il ne semble pas pouvoir être question d'éléphantiasis typique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique), s'explique facilement. « L'éléphantiasis, dit Kaposi, se développe partout où les conditions

locales favorisent la répétition des inflammations et la stagnation de l'œdème inflammatoire. »

« Toutes les causes indirectes d'obstacle à la circulation lymphatique, ajoute Besnier, sont des conditions déterminantes de l'éléphantiasis, telles que.... la stase circulatoire veineuse prolongée, d'origine locale ou centrale, etc... »

En résumé, l'éléphantiasis ou mieux l'état éléphantiasique reconnaît des causes multiples, dont aucune n'est spécifique ; la cause favorisante semble ici nettement avoir été la lipomatose généralisée (aidée peut-être de l'alcoolisme) constituant un obstacle notable à la circulation régulière.

Guibout donne le nom *d'elephantiasis adiposa* à la déformation graisseuse des membres inférieurs.

« Il y a, dit-il, des cas dans lesquels une telle quantité de graisse s'accumule dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutanée, qu'il en résulte un développement hypertrophique monstrueux et éléphantiasique. »

Cette dénomination a l'inconvénient de créer une confusion, entre des états anatomiquement différents, tels que l'adipose exagérée et l'éléphantiasis des Arabes; on doit reconnaître cependant que certaines formes d'adipose créent une prédisposition à l'état éléphantiasique et qu'il existe des cas comme le nôtre, où cet état succède au bout d'un certain temps à une lipomatose pure favorisée par l'apparition de lésions cutanées diverses : eczéma, lymphangites.

Sur un fibrome de la peau à cellules géantes.

Par MM. Ch. Audry et Constantin (de Toulouse).

L'observation qui suit, intéressante au point de vue clinique, est particulièrement remarquable en ce qui touche la structure histologique du néoplasme qni s'y trouve mentionné.

D'abord les fibromes de la peau sont rares, très rares si l'on met à part les neurofibromes. Dans le cas présent, il ne s'agit ni de neurofibromes, ni de myôme, ni de fibromyôme. Pour le moment, on ne pouvait pas encore parler de molluscum fibreux. On verra que nous avions affaire à un vrai fibrome du derme immédiatement sous-épithélial, non pédiculé, à localisation assez étrange, survenu à l'âge de 12 ans, et en dehors de tout antécédent appréciable.

Enfin, on n'a guère, jusqu'ici, signalé la présence de cellules géantes bien développées et caractérisées dans les fibromes en général, et en particulier dans ceux qui se rattachent au tégument.

On amena à la clinique de l'Hôtel-Dieu, une petite fille de 12 ans et

demi, robuste et bien développée. Depuis un temps qui dépasse plusieurs mois, mais qu'elle ne peut déterminer exactement, la fillette présente la lésion pour laquelle sa mère nous l'amène.

Sous la peau du creux poplité droit, un peu plus rapproché des tendons du biceps, on constate l'existence d'une petite tumeur grosse comme une olive, hémisphérique, saillante, indolente, dure, élastique. Elle est recouverte d'une peau un peu violacée. Elle glisse facilement sur les parties profondes ; le tégument qui la couvre est mince, et on a de la peine à le rider sur la tumeur.

L'enfant ni les parents ne peuvent invoquer aucun facteur étiologique quelconque. Nous avons dit qu'il n'existait aucun phénomène douloureux local ou irradié.

Le reste du tégument est parfaitement normal.

La fillette fut opérée le 1er mars 1898.

Nous trouvâmes que la tumeur était constituée par une petite masse homogène, dure et élastique, de couleur blanchâtre. Elle n'était pas encapsulée et adhérait au tissu cellulaire ambiant. Elle siégeait immédiatement sous l'épiderme. Cependant, on put l'en séparer avec quelques précautions. Mais une fois décollé, le tégument se trouva d'une minceur extrême.

Suites opératoires normales. La cicatrisation se fit aseptiquement, mais un peu plus lentement qu'à l'ordinaire, à cause des mauvaises conditions de l'épiderme décollé et aminci.

Examen microscopique. — Plusieurs fragments fixés par l'alcool, inclus dans la paraffine. Colorations diverses (bleu polychrome, picro-carmin de Ranvier, hématoxyline, safranine, etc., etc.).

Il est manifeste que l'ensemble du néoplasme est constitué par du tissu conjonctif fibreux, mais dont la métaplasie fibreuse est plus ou moins avancée suivant les points examinés. Les éléments allongés qui le forment sont disposés en faisceaux entrecroisés dans tous les sens et dans tous les plans, de telle sorte que l'aspect général des préparations varie considérablement suivant l'incidence et l'obliquité de la coupe. Les fibres conjonctives présentent encore en un grand nombre de points un certain degré d'ondulation qui permet de les distinguer facilement des fibres musculaires. Les noyaux sont assez volumineux, ovoïdes plutôt que fusiformes. Enfin les fibres se colorent vivement par les réactifs du tissu conjonctif, fuchsine, etc. L'ensemble de la nappe fibreuse est comme cloisonné par des bandes conjonctives d'un type beaucoup plus lâche. Les vaisseaux sanguins se présentent tantôt sous la forme d'artérioles à parois robustes, tantôt et surtout comme de grandes lacunes veineuses indiquées surtout par leur endothélium ; çà et là quelques capillaires très dilatés.

Le néoplasme baigne dans une atmosphère cellulo-graisseuse conjonctive tout à fait normale.

Si l'on examine les zones les plus externes de la tumeur, on voit que le tissu néoplasique présente des caractères particuliers. Les noyaux sont beaucoup plus nombreux et volumineux ; ils sont arrondis ou ovoïdes, colorés d'une manière diffuse, assez pauvres en chromatine. Toutes les cellules ne sont pas allongées et fusiformes. Quelques-unes, probablement à cause de l'incidence de la coupe, sont polygonales, presque rem-

plies par leur noyau. On peut presque dire que, sur ces points, la néoplasie prend un aspect vaguement sarcomateux. Précisément dans ces régions, on constate l'existence d'un certain nombre de cellules géantes parfaitement caractérisées. Elles sont peu nombreuses, réparties en un ou deux amas. Elles sont réunies dans le champ du microscope. Leurs dimensions et leur forme varient ; les noyaux sont nombreux, riches en chromatine, et remplissent parfois le bloc protoplasmique de la cellule. Elles sont dispersées au hasard et rien ne permet de leur assigner une origine vasculaire ou autre. D'autre part, elles n'offrent aucun caractère qui les différencie des cellules géantes vulgaires.

La coloration des coupes par l'orcéine acide a montré que nulle part il n'existait de tissu élastique dans l'intimité du néoplasme.

On le voit, nous ignorons tout de l'origine de cette tumeur. Au centre, le néoplasme est constitué par du tissu fibreux adulte. A la périphérie, il semble plus jeune, plus atypique ; la présence des cellules géantes nous paraît seulement un caractère de cet état.

Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'y voir des motifs pour apprécier différemment le pronostic de la lésion. Peut-être le jeune âge du sujet y est-il pour quelque chose.

Quoi qu'il en soit, nous sommes autorisés à considérer comme tout à fait exceptionnel un semblable accident histologique.

Corne épithéliomateuse très volumineuse de la région frontale chez une femme âgée atteinte d'épithéliomatose disséminée du visage.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une production cornée de dimensions très considérables, reposant sur une néoplasie épithéliomateuse ; les caractères mêmes de cette base, la multiplicité des épithéliomas à tendance kératosique qu'elle porte sur le visage, montrent bien que cette « corne » est, comme dans tous les exemples jusqu'ici connus, le résultat d'une évolution particulière d'un épithélioma.

Mme Land..., âgée de 84 ans, m'est adressée le 8 juin, par mon excellent confrère et ami le Dr Gresset, à la Policlinique dermatologique de la Pitié.

Elle porte sur la région frontale gauche, au-dessus du sourcil, une production cornée, dont la configuration rappelle assez exactement la corne des bovidés, avec cette exception que cette production a une convexité supérieure : elle est implantée verticalement sur le crâne, puis s'incurve en bas en décrivant une courbe à rayon très court ; elle mesure verticalement 4, 5 centimètres ; son bord convexe, en raison de l'exagération de sa courbe, atteint 10 centimètres de longueur ; cette production est plus large

dans le sens transversal que dans le sens vertical ; sa base, sinueuse et polycyclique, mesure 5 centimètres dans son plus grand diamètre transversal et 4 centimètres, dans son plus grand diamètre vertical ; la surface de la production cornée est d'aspect strié, de coloration gris noirâtre avec des stries verticales jaunâtres ; sa consistance est dure, cependant elle se laisse déprimer, surtout au voisinage de sa base d'implantation, et il semble qu'elle ne soit, au moins au voisinage de cette base, limitée que par une couche cornée peu épaisse. La base elle-même, sur une hauteur de 2 millimètres environ, est de coloration rosée tirant légèrement sur le jaunâtre, et a la consistance dure et élastique des épithéliomas cutanés ; elle se continue directement, sans trace de solution de continuité, avec la production cornée qui se rétrécit seulement légèrement au niveau de son union avec cette base.

Sur le reste du visage, on voit une douzaine de petits épithéliomas sébacés, recouverts de croûtes cornées, de forme irrégulière, légèrement acuminés, larges de 2 à 3 centimètres, faisant un saillie de 5 à 10 millimètres.

La malade, qui présente les attributs de la sénilité : ectropion, cercle sénile, athérome artériel, etc., raconte très exactement l'évolution de sa maladie. Vers l'âge de 50 ans, elle remarqua au niveau du sillon nasolabial gauche une petite tumeur qui fut enlevée par un médecin et ne récidiva pas ; plus tard, survint sur le dos du nez une petite croûte qui est devenue plus volumineuse, depuis 2 ou 3 ans ; peu après apparurent les productions analogues qui se sont développées sur les joues et le front. C'est seulement au mois de mars dernier, assure-t-elle, que s'est développée la lésion de la région frontale et ce n'est que depuis six semaines que son revêtement a pris le caractère corné et a offert un grand développement.

Dans un comité secret tenu au cours de la séance, la Société a adopté le règlement du prix Zambaco.

Prix Zambaco. — Premier concours.

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a fait don à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie d'une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

RÈGLEMENT

Art. 1er. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie, ou la vénéréologie.

Art. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

Art. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

Art. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français, et les auteurs étrangers.

Art. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits, et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur ; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme de prix.

Art. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

Art. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

Art. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

Art. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le bureau.

Art. 10. — Réglementairement les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

Art. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

Art. 12. — Ce règlement, établi pour le 1er concours, peut être revisé par la Société sur une demande signée par dix de ses membres.

Le secrétaire,

P. Gastou.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Atrophie sénile de la peau.

Atrophie sénile diffuse et hyperpigmentation de la peau (Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und Hyperpigmentose der Haut), par A. Jordan. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1897, t. XXV, p. 373.

Ce cas concerne une femme de 75 ans. La peau est flétrie, ratatinée, sèche et en défurfuration. Sur les avant-bras et les jambes la peau se soulève sous forme de plis raides. Sur les côtes, le sternum, les doigts et les orteils, la peau est mince comme du papier, brillante, et adhère si intimement aux os qu'il est impossible de la soulever. Les seins sont presque complètement atrophiés. Sur les bras et les cuisses la peau pend en larges plis. La peau sur le tronc et particulièrement sur les membres a pris une coloration plus ou moins brun gris. La paume des mains et la plante des pieds ont conservé leur teinte normale. Dans tous les points où la peau a pris une couleur gris foncé on trouve des lésions de grattage sous forme de longues traînées plus claires que la teinte foncée de la peau.

La nécropsie n'a révélé dans les organes internes aucune cause des lésions cutanées mentionnées ci-dessus.

D'après l'examen histologique, les modifications les plus importantes de la peau étaient les suivantes : le stratum corné très élargi, le réseau de Malpighi par contre est atrophié et ne se compose en plusieurs points que de deux ou trois séries de cellules superposées. Dans les cellules de la couche inférieure nombreux corpuscules de pigment. Par places on trouvait aussi dans le chorion des cellules de pigment. Il y avait, au voisinage des vaisseaux, une infiltration de petites cellules. Les fibres élastiques n'étaient pas atrophiées.

Cliniquement et histologiquement il s'agit donc d'une atrophie et d'une pigmentation de la peau, plus caractérisées que celles qu'on observe dans l'atrophie sénile ordinaire. A. Doyon.

Épithélioma.

Épithélioma chez un enfant de 14 ans (Epithelioma (Rodent ulcer) in a boy of fourteen), par Hartzell. *New-York medical Journal*, 5 mars 1898, p. 311.

Un jeune homme de 16 ans présente sur la pommette gauche un ulcère de la grandeur d'une pièce de 50 centimes qui a débuté depuis 2 ans et qui présente tous les caractères cliniques et étiologiques de l'ulcus rodens. Trois autres lésions analogues sont disséminées sur la face.

L'auteur mentionne le xeroderma pigmentosum sans s'y arrêter, bien que dans le cas actuel l'âge du malade, la multiplicité des lésions et même l'examen de la photographie jointe à l'observation soient singulièrement en faveur de ce diagnostic. W. D.

Des cornes cutanées ; leurs rapports avec quelques variétés de cancer cutané (en russe), par G. Yastreboff. *Wratch*, 1897, p. 922.

I. — Homme de 57 ans ; sur la face dorsale de la partie cubitale du poignet droit, corne indurée, incurvée, mobile et indolore, de 8 à 9 centimètres de longueur, et de 5 à 6 centimètres de circonférence à la base. Il y a 37 ans, le malade subit un traumatisme violent de ce poignet, avec plaie ; la croûte formée a été arrachée par le malade un très grand nombre de fois. C'est à la place de la cicatrice de cette plaie que s'est formée la corne; en 1887 elle avait déjà 2 à 3 centimètres de long. A la suite d'une cassure accidentelle, en 1889, elle repoussa, d'abord assez rapidement. La corne a été excisée, avec raclage des tissus sous-jacents, jusqu'au périoste. Elle pesait 18 grammes.

L'aspect des coupes transversales de la corne rappelle beaucoup celui des perles cancéreuses (cercles concentriques réguliers de cellules épidermiques, avec ou sans noyaux). Les annexes de la peau sont normales.

II. — Femme de 65 ans. Depuis cinq ans, ulcération de l'os malaire, avec fond inégal, bourgeonnant, couvert d'une sanie épaisse et fétide. Le bord supérieur était décollé et comme rongé ; le bord inférieur présentait une sorte de cicatrice en bourrelet allant jusqu'au bord inférieur du maxillaire et se transformant peu à peu en une végétation cornée. — Hypertrophie des ganglions sterno-mastoïdiens gauches. — Après l'ablation il y eut au bout d'un an récidive plus étendue.

III. — Femme de 79 ans ; corne au cou, du côté gauche ; elle a pour base et pour point de départ une petite tumeur molle. Début il y a 7 ans.

S. Broïdo.

Épithéliomas kystiques bénins multiples (Multiple benign cystic epitheliomata), par Isadore Dyer. *New-Orleans medical and surgical Journal*, mars 1898, p. 530.

Homme de 55 ans, qui a toujours habité la Louisiane ; pas d'antécédents héréditaires cancéreux. La maladie a débuté depuis 18 ans par une lésion unique sur la tempe gauche ; puis les lésions se sont graduellement multipliées, commençant toujours par une petite plaque squameuse, ce qui fit porter au début le diagnostic de lupus érythémateux. Il n'y a jamais eu de troubles de la santé générale ni de retentissement ganglionnaire.

L'éruption occupe la face, le cou, la poitrine et le dos ; à la face qui est le plus atteinte, elle occupe le front, les joues, le pourtour des yeux, les côtés du nez, les angles de la mâchoire et les oreilles ; les lésions sont disséminées ou parfois groupées, de nombreuses cicatrices souples et déprimées marquent la place de lésions guéries par opération ou spontanément.

Les tumeurs varient d'une tête d'épingle à une moitié de noisette, mais la plupart ont le volume d'un pois ; elles sont globuleuses ou les plus grosses aplaties au sommet ; les plus récentes sont d'un blanc cireux, les plus anciennes violacées. Elles ont toutes une consistance gélatineuse, certaines paraissent formées d'un agrégat de kystes qui, à la piqûre, donnent issue à un liquide clair ou à une substance gélatineuse.

Sur la joue droite une tumeur volumineuse est en voie de destruction spontanée. Ce processus a débuté par l'ulcération des points kystiques, puis

tout le centre s'est nécrosé, laissant une ulcération profonde, de bon aspect et qui commence déjà à se cicatriser.

Les lésions du tronc sont plus aplaties, plus squameuses et ont moins de tendance à s'ulcérer.

On peut compter en tout une cinquantaine de tumeurs dont une dizaine en voie de disparition spontanée par le même processus de nécrose.

Pendant son séjour à l'hôpital le malade eut deux érysipèles de la face qui n'eurent aucune influence sur la marche des tumeurs.

L'examen microscopique a montré un tissu de nature épithéliale mais sans globes cornés et criblé d'un très grand nombre de kystes, creusés à même le tissu morbide et tapissés de cellules cubiques. Il est impossible de reconnaître le point de départ de la néoplasie.

Dyer passe en revue les principaux travaux sur la question et cite notamment Fordyce, Brooke, White et Bowen. W. D.

Érythèmes.

Deux cas d'érythème exsudatif polymorphe (en russe), par P. Andronoff. *Journal de médecine militaire russe*, juillet 1897.

I. — Soldat de 23 ans. Croûtes sanguinolentes aux lèvres, érosions entourées d'une zone inflammatoire à limites irrégulières à la muqueuse buccale ; langue géographique. Sur le tronc, papules bleuâtres avec une croûtelle ou une vésicule au sommet. Éruption érythémateuse aux membres. Fièvre et malaise général.

Guérison au bout de 15 jours, par traitement indifférent.

II. — Cas presque en tous points analogues, avec début brusque de l'éruption. Guérison rapide. S. Broïdo.

Lèpre.

Quelques mots sur le traitement de la lèpre en général et spécialement sur son traitement par le sérum de Carrasquilla, par Petrini, de Galatz. Communication à l'Assemblée des médecins de l'Ephorie des Hôpitaux civils de Bucarest, 28 décembre 1897.

P. pense que le médicament interne le plus sûr de la lèpre à l'heure actuelle est l'huile de chaulmoogra, puis l'ichtyol, la résorcine, l'arsenic et le fer ; il faut y combiner les bains sulfureux, les pansements antiseptiques, le massage à l'huile de chaulmoogra, à la résorcine, etc., les emplâtres, etc.

Il a employé dans un cas les injections de sérum de Carrasquilla et n'en a obtenu aucun résultat favorable, peut-être même ont-elles provoqué une éclosion nouvelle de tubercules lépromateux. G. T.

La lèpre dans le Piémont (La lebbra in Piemonte), par V. Allgeyer. *Gazetta medica di Torino*, 1898, n° 12.

A. rapporte les observations de 10 lépreux, qui n'avaient jamais quitté le Piémont et qui, par conséquent, avaient dû y contracter leur maladie. Il pense que ces malades ne constituent qu'une petite partie des cas de lèpre existant dans cette région et qu'il serait nécessaire de faire en tous pays une enquête officielle sur la contamination lépreuse. Cinq belles photographies sont jointes au tirage à part de cet article. G. T.

Lymphangiome.

Lymphangiome circonscrit cystoïde (Lymphangioma circumscriptum s. cystoides cutis), par M. Freudweiler. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis,* 1897, t. XLI, p. 323.

L'auteur a observé un cas de cette affection.

D'après l'observation de son malade, Freudweiler considère le lymphangiome cystoïde de la peau comme une néoplasie se développant d'une manière chronique et ne présentant jamais de symptômes inflammatoires.

Elle se forme par bourgeonnement de la paroi des vaisseaux de l'appareil lymphatique de la peau ; elle tend ensuite vers la surface où elle apparaît sous la peau sous forme de gros kystes, clairs comme de l'eau, qui sont d'ordinaire réunis en groupes et peuvent devenir confluents.

Les kystes sont en rapport avec les espaces lymphatiques, des parois desquels ils naissent. La communication peut se fermer, attendu que la paroi qui prolifère amène l'oblitération du canal qui fait communiquer les kystes et les espaces lymphatiques. Dans chaque cas, le point de communication est toujours très petit, de telle sorte que le refoulement du contenu du kyste dans les gros vaisseaux lymphatiques n'est pas possible ou ne l'est que par un massage prolongé.

La peau ne participe jamais au processus d'une manière active. Des téléangiectasies du système vasculaire sanguin peuvent compliquer le lymphangiome circonscrit.

Dans ce cas il peut se produire facilement une ouverture de la cloison qui sépare le kyste lymphatique du vaisseau capillaire élargi ; par suite, la transformation du contenu du kyste, d'un liquide tout à fait clair en un liquide sanguinolent, est un phénomène fréquent.

L'auteur passe ensuite en revue tous les faits qui ont été publiés et discute le diagnostic.

D'après ses observations cliniques et ses recherches histologiques, Freudweiler conclut qu'on doit ranger le lymphangiome circonscrit parmi les tumeurs de la peau. La ressemblance de ses symptômes avec les nævi vasculaires congénitaux et leur apparition chez les sujets jeunes rendent très vraisemblable l'hypothèse que le lymphangiome circonscrit, — comme les nævi vasculaires sanguins — ont leur point de départ dans des germes embryonnaires. A. Doyon.

Médicamenteuses (Éruptions).

Les érythèmes fixes produits par l'antipyrine (Su gli eritemi fissi da antipirina), par V. Mibelli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1897, fasc. 5 et 6, p. 575 et 697.

M. rapporte l'observation détaillée de deux cas observés par lui de cette forme d'exanthème antipyrinique déjà décrite en 1891 par Laloy et mieux mise en évidence par Brocq qui lui a donné le nom d' « éruption érythémato-pigmentée fixe ».

Après avoir passé en revue les diverses formes d'exanthèmes dues à l'antipyrine, en citant les travaux principaux publiés sur ce sujet depuis 1885, il rapporte succinctement d'après divers auteurs une série de cas d'érythèmes antipyriniques ayant une certaine ressemblance avec la forme fixe

pigmentée et enfin les cas de ce dernier type dont il résume les caractères cliniques.

Dans la seconde partie de son travail, il rapporte les résultats de l'examen histologique qu'il a pu faire de fragments de la peau d'une de ses malades enlevés à diverses phases de l'éruption. De l'étude microscopique il résulte que, dans cette forme d'exanthème antipyrinique, on voit prédominer les mêmes lésions qui caractérisent l'érythème exsudatif multiforme de Hebra; on trouve en outre une quantité énorme de pigment, dans l'épiderme. M. donne une description très détaillée de l'aspect de ce pigment, qui reconnaît une origine hématique, bien qu'il ne présente aucune des réactions qui caractérisent l' « hémosidérine de Neumann ».

Après avoir établi par les caractères cliniques et histologiques qu'il s'agit dans cette forme de dermatose antipyrinique d'un érythème polymorphe ab ingestis, M. discute la pathogénie des érythèmes en général et en particulier de ceux qui sont produits par l'ingestion de médicaments et conclut que ces érythèmes peuvent s'expliquer, sans qu'il soit besoin de recourir à l'hypothèse d'une action nerveuse réflexe, par l'absorption rapide du médicament et son élimination à travers la peau; et cela est d'autant plus vrai que, dans un cas d'éruption antipyrinique bulleuse circonscrite, M. a pu démontrer, au moyen du perchlorure de fer, la présence de l'antipyrine dans le contenu liquide des bulles, de même que Tonnel et Raviart, dans un cas semblable, l'avaient fait au moyen de la solution d'iode iodurée. (*Résumé par l'auteur.*)

Dermatite médicamenteuse produite par la lactophénine (Nebenwirkungen nach Lactopheningebrauch), par A. Huber. *Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1897, p. 742.

Ce cas concerne une dame de 50 ans, atteinte depuis plusieurs années de néphrite hémorrhagique chronique. Amaigrissement très prononcé depuis un an, douleurs de tête fréquentes. Pendant ces derniers mois elle a fréquemment pris 0,50 centigrammes de lactophénine, sans qu'il se produisît les plus légères parergies.

Le 25 septembre cette malade prit 0,75 centigrammes de lactophénine en deux fois (0,25 centigrammes le matin et 0,50 centigrammes à 2 heures du soir). Dans le cours de l'après-midi il survint des malaises, sensation de chaleur et de picotement à la tête, tuméfaction du visage; le soir, violent frisson; température 39°,5, pouls à 120; céphalalgie intense. Ces symptômes furent suivis d'une éruption caractérisée par de larges plaques érythémateuses du visage, une tuméfaction considérable de la lèvre supérieure, à sa face interne bulle de la grosseur d'un pois et petites ulcérations sanguinolentes. La langue est très tuméfiée, sur sa face inférieure droite ulcération de la dimension d'une pièce de 5 centimes, avec odeur très fétide. Sensation de brûlure et de prurit dans le vagin; la petite lèvre droite est ulcérée et tuméfiée, leucorrhée.

Tous ces symptômes disparurent au bout de huit jours; pendant cette maladie on ne constata aucune modification dans l'état des urines.

On a signalé après l'emploi de la lactophénine l'apparition d'un exanthème maculeux et une autre fois d'un ictère. Les parergies sont les mêmes que celles qui se produisent après l'antipyrine.

L'auteur rapporte en outre deux observations de dermatite médicamenteuse, l'une après l'emploi de la quinine, l'autre après l'antipyrine. A. Doyon.

Exanthème chloralique (Ueber das Chloralexanthem), par C. Geill. *Dermatol. Zeitschrift*, juillet 1897, p. 431.

Le développement de l'exanthème chloralique est pour ainsi dire toujours le résultat d'une idiosyncrasie idiopathique, se manifestant d'ordinaire très peu de temps après l'administration de ce médicament. Pendant les sept années où l'auteur est resté comme médecin dans l'asile d'aliénés d'Aarhus, où l'on emploie chaque année en moyenne 32,000 gr. de chloral, il n'a observé que chez 6 malades un exanthème dû à l'action de ce médicament. L'idiosyncrasie qui est le point de départ de l'éruption chloralique semble quelquefois se présenter sous forme d'une vulnérabilité de la peau qui vraisemblablement est déterminée en dernier lieu par une faiblesse vaso-motrice individuelle (dans un des cas observés par l'auteur l'exanthème chloralique se développa en connexion avec un eczéma solaire).

L'aspect et l'expansion de cet exanthème correspondent à son origine nerveuse. En dehors des érythèmes passagers, particulièrement d'un rash chloralique accompagné de chaleur et de congestion de la tête, d'injection de la conjonctive et du fond de l'œil et d'urticaire, on voit survenir une éruption papuleuse qui est souvent compliquée de purpura.

Cette éruption papuleuse s'accompagne habituellement d'un malaise général (sensation de froid, céphalalgie, tintements d'oreilles, etc.), elle est symétrique, commence sous forme de papules discrètes, rouge clair ou rouge vif (rubéoliformes) qui souvent se transforment graduellement en larges taches papuleuses (semblables à la rougeole) ou en une rougeur générale diffuse (scarlatiniforme). Les muqueuses, surtout la conjontive ainsi que la muqueuse bucco-nasale, peuvent être envahies. Cette éruption est souvent prurigineuse. Au bout de quelques jours l'exanthème disparaît en laissant une défurfuration plus ou moins accusée. Habituellement on n'observe pas d'albuminurie.

Ce mémoire est accompagné de plusieurs observations intéressantes d'exanthème chloralique. A. Doyon.

Traitement de la dermatite médicamenteuse (Notiz zur Behandlung der Dermatitis medicamentosa), par A. Frickenhaus. *Monatsh. für praktische Dermatologie*, 15 novembre 1897, p. 493.

L'auteur a constaté sur lui-même une idiosyncrasie contre l'acide phénique et le sublimé et autrefois il avait souvent de la dermatite des doigts et des mains ; il a employé avec succès le procédé suivant contre cette petite affection.

Il touche les vésicules récentes avec un petit tampon d'ouate trempé dans l'esprit de sel ammoniaque ou bien avec de la potasse caustique étendue (liqueur de potasse caustique et eau, parties égales). Une fois les vésicules sèches on applique du collodion. Le prurit disparaît immédiatement. Quelques jours après la desquamation se produit. A. Doyon.

Mycétome.

Mycétome du cou. (Notes of a case of mycetoma of the neck), par J. Smyth. *Indian medical Gazette*, février 1898, p. 56.

Le malade est un commerçant hindou de Trichinopoly, âgé de 35 ans,

qui depuis 4 ans a remarqué des petits boutons accompagnés de gonflement derrière l'oreille gauche à la lisière des cheveux ; depuis lors le gonflement a graduellement augmenté, envahissant la nuque et empêchant tous les mouvements de la tête.

A son entrée le cou, d'un volume énorme, mesure 22 pouces de circonférence et il est d'une dureté presque ligneuse, il est criblé de pustules de couleur livide au nombre d'environ 150, variant du volume d'un grain de riz à la moitié d'une amande et contenant du pus et des masses analogues à du frai de poisson (roe-like bodies). De ces pustules des trajets fistuleux très tortueux conduisent vers la colonne vertébrale. En examinant la gorge on trouve à la paroi postérieure du pharynx une pustule pâle qui contient également des mêmes corpuscules. Le malade n'a cependant jamais souffert de la gorge. Le cou est partout très sensible à la pression, surtout au niveau de la colonne vertébrale. A la limite de la partie indurée, vers le dos et au delà de cette limite, on trouve des macules livides ou pigmentées, d'où une incision donne issue à des masses de frai de poisson sans pus.

Smyth ouvrit les pustules, curetta les trajets fistuleux, ce qui amena au dehors des centaines de "roe-like bodies" et il y injecta de la glycérine iodoformée. Cette opération ne fut faite que sur une moitié du cou, par crainte de la réaction inflammatoire qui cependant n'eut pas lieu. Il survint une amélioration très rapide ; au bout de trois semaines les douleurs avaient disparu, la peau était plus souple et plus mobile et la tête avait repris un peu de mobilité. Le malade sortit alors de l'hôpital et n'est pas revenu.

Les "roe-like bodies" ou corpuscules analogues à du frai de poisson étaient tout à fait identiques à ceux qu'on observe dans la forme blanche du pied de Madura et répondaient à la description de Carter. Les cultures n'ont pas réussi, ce qui tient surtout à l'installation défectueuse du laboratoire.

Il est très possible que la maladie ait débuté par le pharynx, à la suite d'une blessure par un morceau d'os. W. D.

Mycétome de la paroi abdominale (Case of mycetoma of the abdominal wall), par J. Maitland (Madras). *Indian medical Gazette*, février 1898, p. 57.

Le malade est un hindou de 45 ans, du district de Nellore. Il y a 11 ans il a eu un gonflement indolent du pied droit avec deux fistules au-dessous de chaque malléole donnant issue à du pus et du sang. Un an après il subit pour cela l'amputation de la jambe au tiers inférieur. Il est resté bien portant pendant 9 ans, puis, il y a 10 mois, est survenu à la face interne du tiers supérieur de la cuisse droite un gonflement qui s'est ouvert et a donné issue à du pus mêlé de corps ressemblant à des grains de riz.

Cette ouverture s'est fermée, mais d'autres tumeurs ont apparu dans le voisinage et ont donné issue aux mêmes corps. La maladie s'est graduellement étendue en haut et a envahi la paroi abdominale en provoquant quelques douleurs mais sans altérer la santé générale.

A son entrée à l'hôpital on trouve le moignon sain, ainsi que la jambe et la partie inférieure de la cuisse. La paroi abdominale au-dessous de

l'ombilic est extrêmement épaissie, infiltrée et dure. Ce vaste placard est irrégulier et mal limité, bosselé de petites nodosités. Toute la région malade est criblée de petites bulles dont les plus grandes ont le volume d'un haricot; on y trouve aussi quelques macules et quelques petites cicatrices déprimées.

La cuisse droite est un peu fléchie et à la pointe du triangle de Scarpa on trouve une saillie molle du volume d'une noix, contenant un liquide jaunâtre trouble et la valeur d'une cuillerée à dessert de corps analogues à du frai de poisson ; cette cavité est tapissée d'une membrane résistante d'un jaune d'ocre.

Le malade étant chloroformé, on fait le curettage de toutes les cavités dont l'abdomen est littéralement criblé. Toutes ces cavités, analogues à celles de la cuisse, varient du volume d'un pois à un haricot; les plus petites sont intra-dermiques, et simplement couvertes par l'épiderme décollé et formant une sorte de bulle ; les plus grandes sont sous-cutanées, mais aucune n'atteint la couche musculaire. Toutes ces cavités contenaient du « frai de poisson » et la plupart paraissaient isolées ; mais comme souvent on pouvait trouver entre deux cavités voisines un trajet fistuleux gros comme une épingle, il est assez probable que la communication de l'une à l'autre est de règle.

Il est probable que le foyer de mycétome de la cuisse et du ventre est indépendant de celui du pied, vu qu'il n'y avait pas de communication apparente et qu'il s'est écoulé 9 ans entre la guérison de l'un et l'apparition de l'autre.

Le mycétome atteint généralement le pied ou quelquefois la main et il est aussi rare au tronc ou au cou que l'actinomycose du pied ou de la main, mais des cas comme celui qui précède contribuent à confirmer la distinction qu'il faut faire entre le mycétome et l'actinomycose. W. D.

Nævus.

Étiologie du nævus pilaire, pigmentaire, congénital (Zur Aetiologie des Nævus pilosus pigmentosus congenitus, extensus), par O. Bircher. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 195.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un malade atteint d'un nævus étendu, comprenant : 1° une tache étendue, congénitale, pigmentée, pilaire, verruqueuse, nettement limitée vers la peau normale — nævus pigmentaire : la lésion cutanée est nettement circonscrite à l'occiput, elle occupe la nuque, le cou et la partie supérieure du dos; 2° une tumeur située sur l'occiput ayant la dimension de la moitié de la paume de la main, lisse, molle comme un sac flasque, non compressible, non pulsatile, sans contenu liquide, située symétriquement par rapport à la ligne médiane, près du trou occipital et en ce point fixée profondément aux os du crâne, et congénitale.

Les tumeurs peuvent être des lipomes, des fibromes, des angiomes, des kystes dermoïdes, ou encore un céphalocèle. Après avoir établi le diagnostic de ces différentes tumeurs, l'auteur croit qu'il s'agit dans ce cas d'un céphalocèle, en raison surtout de ce que la tumeur est congénitale.

Rossi a observé, chez un nouveau-né, un cas analogue, c'est-à-dire un nævus pigmentaire coexistant avec un méningocèle spinal cervical.

L'auteur a réuni, dans un tableau synoptique, 34 cas de nævi pilaires pigmentaires qu'il a trouvés dans la science ; mais malheureusement il n'y a qu'un petit nombre de ces cas qui soit décrit en détail.

L'étiologie des nævi pilaires pigmentaires congénitaux est des plus obscures. Bircher n'a pas trouvé dans les nombreux travaux qui ont été publiés jusqu'à présent d'explications scientifiques satisfaisantes ni sur les causes ni sur le mode de développement des nævi pilaires.

Quant à la croyance populaire de l'envie — Versehen, — il y a souvent un petit grain de vérité dans la voix du peuple. Quand une impression psychique d'une force suffisante atteint une mère tout à fait au début de sa grossesse, cette influence ne pourrait-elle pas par voie réflexe, par exemple par contraction du muscle utérin, amener la destruction d'une membrane blastodermique, ce qui dans le cas de l'existence d'une diplogénèse donnerait naissance aux transplantations fœtales. C'est ce mode d'origine qui expliquerait le mieux les nævi multiples et les nævi secondaires.

Voici les conclusions de l'auteur :

Les gros nævi, dont il est question ici, semblables à la peau des animaux, constituent un groupe fermé bien caractérisé de lésions pathologiques. Outre la pigmentation et la pilosité, ils ont encore une série de caractères essentiels, qu'on a regardés en partie comme accessoires. Ce sont : leur siège variable dans la peau ; d'ordinaire c'est de la ligne médiane postérieure que part leur expansion ; leur disposition à former des tumeurs ; leur délimitation très tranchée ; leur croissance propre, indépendante du développement des tissus ; l'absence d'hérédité. Il ne faut pas, selon l'auteur, chercher la cause de leur apparition dans l'homme lui-même qui en est atteint, elle existe en dehors de lui. De ces nævi, compliqués de céphalocèle, il ressort que cette dernière affection arrive dans la première période embryonnaire, dans les 3 à 4 premières semaines de la grossesse. La première condition de l'existence des nævi est la présence d'un germe gémellaire. Le nævus naît d'une des deux membranes blastodermiques, qui, peut-être par suite d'un traumatisme, est dispersée et est ensuite transplantée par fragments sur la deuxième membrane blastodermique persistante, lui adhère, tire d'elle sa nourriture et est plus ou moins soumise aux lois de son développement. Cette lutte de croissance du germe tout entier avec le fragment de germe transplanté se reflète dans la vie post-embryonnaire, par la manière dont se comportent les lignes de direction du cuir chevelu et par celle dont à l'occasion sont respectées les lignes de délimitation de Voigt. Étiologiquement, ces nævi se rapprochent beaucoup des kystes dermoïdes.

En résumé, un enfant qui vient au monde avec un nævus pilaire, pigmentaire énorme, porte sur la peau un fragment d'un jumeau qui a succombé.

A. Doyon.

Pemphigus.

Anatomie et pathogénèse des bulles de pemphigus (Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen), par E. Kromayer. *Dermatol. Zeitschrift*, juillet 1897, p. 475.

Pour étudier l'anatomie pathologique des bulles de pemphigus, l'auteur

a excisé *in vivo* chez trois malades 5 bulles de pemphigus ; deux avaient poussé pendant la nuit. Les modifications pathologiques les plus importantes observées sur ces deux dernières bulles sont les suivantes : œdème du tissu collagène, soulèvement de l'épiderme tout entier, exsudation d'un liquide purement séreux.

L'auteur se demande ensuite si ces trois états sont en rapport étiologique les uns avec les autres. D'après ses recherches, le soulèvement de l'épiderme est indépendant de l'intensité de l'exsudation. L'exsudation et le soulèvement de l'épiderme sont deux processus qu'il faut séparer soigneusement l'un de l'autre.

L'auteur décrit ensuite les trois autres bulles qu'il a excisées et l'examen histologique des enveloppes bulleuses lui a permis de constater les faits suivants. Ce n'est pas seulement l'épiderme qui est soulevé *in toto*, mais encore les annexes de la peau et de préférence les conduits excréteurs des glandes sudoripares, sinon dès la première éruption, du moins dans une nouvelle éruption bulleuse se produisant au même point.

Reste à expliquer comment se produit le soulèvement de l'épiderme. Cet organe n'y est pour rien, les résultats histologiques le démontrent. C'est dans le derme que sont les modifications réelles, il y a notamment un œdème du tissu collagène. Or quelle est la cause de cet œdème ? Le tissu collagène ne se tuméfie pas spontanément. Il faut donc qu'un agent chimique ait pénétré du dehors dans le tissu ou qu'il soit entré dans les vaisseaux avant l'exsudation, ou enfin il est nécessaire que le tissu lui-même ait modifié sa composition chimique sous une influence quelconque.

Les nerfs sont le seul et unique lien systématique entre le derme vasculaire, le follicule pileux et le tissu conjonctif des glandes sudoripares. Tous ensemble forment avec l'épithélium un organe, la peau parenchymateuse dans le sens le plus large. Il faut donc se représenter que sous l'influence des nerfs le chimisme de ces tissus est modifié, peut-être de telle façon que le liquide, existant physiologiquement dans tous les tissus, suffit à amener l'imbibition du tissu ou que le chimisme modifié du tissu provoque directement l'irritation pour amener une exsudation hors des vaisseaux, et alors, sous l'influence de la forte exsudation et de la modification du chimisme, l'imbibition se produit ; et de plus que ces changements dans le tissu et la modification du chimisme déterminent en tant qu'irritant l'inflammation que l'on observe histologiquement sur les bulles anciennes de pemphigus. Il en résulte qu'il s'agit ici d'une trophonévrose.

Mais il y a en même temps une irritation vaso-motrice ; c'est ce que montre la clinique dans les érythèmes qui peuvent remplacer ou compliquer les bulles de pemphigus. Si les bulles sont plus ou moins tendues c'est grâce à l'irritation vaso-motrice ; c'est ce qu'on observe dans le pemphigus foliacé où cette tension est nulle ou à peu près.

Mais on ne saurait discuter ici quelle est la cause de la trophonévrose et de l'angionévrose du pemphigus ; est-elle due à une infection, à une intoxication ou à une autre cause ? Qu'il suffise ici de la preuve résultant de l'histologie et de l'expérimentation que les bulles de pemphigus sont tout à la fois de nature trophonerveuse et angionerveuse.

A. Doyon.

Cas de pemphigus foliacé de Cazenave (en russe), par M. Savine. *Journal de méd. mil. russe,* juillet 1897.

Jeune soldat de 22 ans ; souffre depuis six mois environ d'accès de fièvre ; l'éruption n'a apparu que depuis peu de temps. A l'examen on constate les phénomènes suivants : sur le visage, le tronc et les extrémités, quelques papules de la largeur d'un petit doigt, recouvertes de squasmes blanchâtres stratifiées. Ganglions périphériques légèrement tuméfiés. Au bout de deux semaines, éruption érythémateuse, sous forme de macules confluentes du visage et du cuir chevelu ; petites vésicules plus ou moins confluentes sur le tronc et les extrémités. Bientôt l'éruption s'étend à tout le corps, il se forme constamment des croûtes et des squames qui tombent après s'être formées. La desquamation est tellement abondante qu'on est obligé de secouer le lit et de balayer autour deux ou trois fois par jour. Au bout d'un mois les ongles des doigts et des orteils tombent sans aucun phénomène inflammatoire; il reste à leur place une excroissance papillomateuse de substance cornée ramollie. En outre, la couche cornée de la paume des mains et de la plante des pieds tombe en gros morceaux, laissant à nu une surface rouge sensible.

Diarrhée rebelle et phénomènes inflammatoires dans un grand nombre d'articulations, s'exaspérant à chaque nouvelle éruption avec élévation de température. La maladie a duré plus de six mois et s'est terminée par la mort. L'autopsie n'a révélé aucun fait intéressant.

L'auteur considère le pemphigus foliacé de Cazenave comme une affection cutanée autonome caraclérisée par l'affaiblissement des liens entre la couche cornée et la couche de Malpighi sur toute la surface de la peau, indépendante de la formation de bulles. S. Broïdo.

Cas de pemphigus aigu gangréneux (en russe), par V. Dementieff. *Journal de méd. mil. russe*, décembre 1897.

Soldat se plaignant de céphalées et de frissons qu'il avait déjà depuis deux jours. A l'examen, on constata une éruption généralisée de pemphigus ; on en trouvait aussi sur la muqueuse buccale. Les jours suivants la fièvre était toujours très élevée ; l'éruption devenait de plus en plus abondante et les bulles de plus en plus volumineuses, à tel point que dans quelques régions on ne voyait qu'une seule bulle énorme, avec contenu purulent. Mort dans un état de dépression nerveuse, après 15 jours de maladie. L'autopsie, l'examen anatomo-pathologique et l'étude bactériologique n'ont pas permis d'établir la cause, ni la nature intime de la maladie. S. Broïdo.

Pileux (Affections du système).

Trichomycose palmelline Pick (Ueber die Trichomycosis palmellina Pick), par Eisner. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 59.

Pick a le premier décrit sous ce nom une affection des poils qui est occasionnée par des schizomycètes. Son siège le plus ordinaire est dans le creux de l'aisselle, mais on l'observe aussi sur les poils du pubis. La maladie est caractérisée par un enduit semblable à de la gelée, de couleur jaune rouge, des poils de ces régions, enduit qui est formé par une zooglée

de schizomycètes en question. Ils sont d'abord placés entre les squamules et la cuticule des poils, pénètrent ensuite sous les squames et plus tard dans le poil, de telle sorte qu'ils le détruisent.

Au microscope on constate que la zooglée est placée à la pointe de l'angle formé par la squame et le poil; en outre, on observe des poils dans l'écorce desquels ces masses se sont glissées; cette écorce est dissociée ou érodée et les fibres déchirées par places. On voit encore souvent des poils dont l'extrémité a la forme d'un bouton. Les masses sont de grosseur différente, tantôt bosselées, tantôt entourant circulairement le poil.

L'auteur indique ensuite les méthodes qu'il a employées pour reconnaître ces cocci, et les résultats des cultures.

L'examen microscopique des cultures a permis à l'auteur de reconnaître qu'il s'agissait d'un diplocoque enveloppé d'une capsule, en général renfermé avec un autre diplocoque dans une deuxième enveloppe sphéroïde. Il se colore très bien par le procédé de Gram et, dans la préparation microscopique, on ne peut pas distinguer s'il provient d'une colonie blanche ou jaune, attendu que les cocci ne se laissent différencier les uns des autres ni par leur mode de groupement ni par leur grosseur. A. Doyon.

Trichorrhexie noueuse de la barbe (Ueber die Trichorrhexis nodosa barbae [Kaposi] und ihren Erreger), par Spiegler. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 67.

La trichorrhexie noueuse de la barbe est une maladie parasitaire provoquée très probablement par un agent identique au bacille de Hodara. Ce bacille se trouve constamment dans les poils malades sous forme de petits amas non caractéristiques de cocci.

On le rencontre aussi sous forme de bâtonnets ayant jusqu'à 12 μ, aussi bien dans le poil même que parfois aussi dans la partie sous-épidermique de ces poils et dans les cellules de la paroi folliculaire. Ce bacille se cultive bien sur les terrains ordinaires de culture. Les poils sains ne présentent pas ces colonies et d'autre part ces poils ne donnent lieu à aucune culture de ce bacille. D'autres micro-organismes ne peuvent pas provoquer de la trichorrhexie noueuse.

Comme le but d'un traitement rationnel est dans l'élimination de l'agent morbide, il est par conséquent nécessaire, outre la rasure régulière, d'employer l'épilation et l'application de pommades parasiticides. Toutefois c'est là une méthode qu'on ne peut appliquer que dans les cas où la maladie est très circonscrite. A. Doyon.

De l'hypertrichose (en russe), par Brandt. *Wratch*, 1897, 42-45.

D'après l'auteur, l'opinion de Darwin, d'après laquelle le développement exagéré du système pileux chez la femme serait un signe d'atavisme, n'a pas de base embryogénique. Il considère plutôt la barbe comme un signe progressif et il croit que finalement tout le genre humain sera barbu. Si actuellement les hommes seuls en ont, c'est que dans toute espèce animale le mâle progresse plus rapidement que la femelle et acquiert avant elle des caractères nouveaux, lesquels deviennent ensuite distinctifs pour toute la classe. S. Broïdo.

Psoriasiforme et lichénoïde (Exanthème).

Exanthème psoriasiforme et lichénoïde (Ueber einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem), par Juliusberg. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis,* 1897, t. XLI, p. 256.

L'auteur décrit une éruption généralisée tout à fait spéciale, caractérisée par de petites taches nettement limitées et des papules molles, la plupart arrondies, quelques-unes ovales, jaune rouge, presque jaune orange et par des squames.

Les papules sont plus fortement colorées que les taches. Pas de prurit ou du moins à un degré tout à fait insignifiant. Si l'on détache les squames par le grattage il se produit une hémorrhagie capillaire très irrégulière et très peu abondante.

Les ongles sont indemnes. Séborrhée sèche du cuir chevelu sur les parties saines, la peau est pâle et sèche. État général satisfaisant.

L'examen histologique d'un petit fragment de peau excisé d'un point en desquamation donne les résultats suivants : Stratum corné très épaissi, réseau de Malpighi normal; les papilles sont toutes infiltrées de petites cellules ainsi que les couches du chorion qui les entourent. Ces infiltrats, en général sous forme stratifiée, sont pour la plupart irréguliers; une faible partie suit le trajet des vaisseaux dont ils entourent la paroi comme un anneau. Cette infiltration pénètre même dans l'adventice et dans la membrane moyenne des artères. Les glandes de la peau et les fibres élastiques sont normales.

Selon l'auteur, cette maladie de la peau ne saurait être classée parmi les dermatoses connues, par exemple dans l'eczéma, le pityriasis rubra (Hebra), le lichen ; il s'agit sans doute d'une affection spéciale non encore définie. Ce cas rappellerait un cas présenté par Jadassohn au 4e Congrès des dermatologistes allemands.

21 injections intra-veineuses avec en tout 180 milligrammes d'acide arsenique ne produisirent qu'une très légère amélioration. D'après ces résultats, M. Juliusberg est disposé à identifier le cas mentionné ci-dessus à l'exanthème psoriasiforme et lichénoïde de Jadassohn. A. Doyon.

Psoriasis.

Psoriasis (Casuistiche Beiträge zur Psoriasis), par A. Gassmann. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis,* 1897, t. XLI, p. 356.

I. — *Psoriasis rupioïde et cornes psoriasiques.* — Il s'agit d'une petite fille de 12 ans, d'ailleurs bien portante, qui présente sur le cuir chevelu deux grosses cornes et deux petites consistant en masses cornées grises, semblables à des croûtes, de forme conique. Ces cornes sont traversées par des cheveux ; les autres parties du cuir chevelu présentent peu de squames. Plaques de psoriasis typiques sur d'autres régions. On sectionne les deux plus grandes cornes au niveau de la peau sans éprouver une grande résistance et sans que la malade accuse une sensation quelconque, la surface de section est lisse, peu sanguinolente. On détache les autres cornes avec la vaseline boriquée. Au-dessous le chorion est humide, non saillant, légèrement sanguinolent. Un mois plus tard il survint sur le front et le visage de nouvelles efflorescences typiques de psoriasis. Un traite-

ment par la chrysarobine provoque dans le voisinage des plaques une dermatite qui se transforma plus tard en psoriasis. Le diagnostic n'était donc difficile qu'au premier coup d'œil, il fut du reste confirmé par l'examen microscopique.

Mc Call Anderson a décrit des cas de ce genre sous le nom de psoriasis rupioïde.

II. — *Verrues multiples consécutives à un psoriasis.* — Homme de 34 ans, atteint de psoriasis vulgaire très prurigineux, avec squames très abondantes, ayant envahi le cuir chevelu, le thorax, le dos, l'abdomen et le côté de l'extension des membres. Sous l'influence d'un traitement approprié les plaques psoriasiques guérirent et actuellement il existe, disséminées sur tout le corps, à la place des foyers antérieurs de psoriasis, des verrues dures, vulgaires, typiques, de forme papillomateuse, tout à fait plates. Ces verrues dépassent le niveau de la peau d'environ un demi à 1 millimètre.

Cette transformation verruqueuse n'est pas caractéristique du psoriasis; on l'observe souvent aussi sur les plaques eczémateuses anciennes et dans le lichen ruber (verruqueux).

Chez ce malade on a eu incontestablement affaire à une poussée aiguë très prononcée de verrues dures sur un psoriasis guéri.

Les exanthèmes verruqueux répandus sur tout le corps sont très rares. En 1895, Jadassohn a décrit deux cas dans lesquels, en connexion avec la gale, c'est-à-dire avec un eczéma aigu, on observa une dissémination aiguë de verrues de ce genre. Jadassohn pense, d'après ses expériences d'inoculation, qu'il faut rattacher ces verrues à une auto-inoculation par le grattage. A. Doyon.

Zona.

Étiologie du zona (Etiology of zoster), par W.-G. Hay. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, janvier 1898, p. 1.

Hay remarque que l'adénopathie signalée par Barthélemy n'a pas attiré l'attention autant qu'elle le mérite et il rapporte des observations de zona accompagné d'adénopathie. Dans plusieurs cas on a pu constater l'apparition de l'adénopathie avant l'éruption.

Dans un cas il a extirpé un ganglion tuméfié à l'occasion d'un zona et, par l'examen microscopique, il y a trouvé des grains et des filaments qu'il considère comme de nature parasitique. W. D.

Cas de zona bilatéral (Note of a case of bilateral zoster), par Abbott Cantrell. *The Philadelphia Polyclinic*, 12 mars 1898, p. 141.

Observation sommaire d'un homme qui, après une bronchite simple, fut atteint d'un zona typique bilatéral correspondant au 12[e] nerf dorsal des deux côtés. L'éruption guérit en quelques jours. W. D.

REVUES DES LIVRES

Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin, im October 1897. Bd. III, 1 vol. de 605 pages, Berlin, 1898.

Ce troisième volume termine la série des publications officielles de la conférence de la lèpre. Les deux premiers ont été analysés ici-même (1); ils renfermaient les premiers mémoires déposés et les discussions orales des séances. Celui-ci contient les travaux originaux qui n'avaient pu trouver place précédemment et quelques notes additionnelles.

Il faut hautement louer le zèle efficace du Comité qui en un laps de temps si court a su mener à bien cette publication, émanant d'auteurs de tous pays écrivant chacun dans leur langue, ce qui n'était pas pour simplifier sa tâche.

Les documents rassemblés ici, de valeur très disparate, il faut bien l'avouer, sont classés en deux groupes : les mémoires relatifs à la géographie de la lèpre et ceux qui traitent de la nosologie et du traitement.

P. Kubler fait une revision de ce que l'on sait sur la distribution géographique de la lèpre dans les différentes parties du monde. En Asie existe un immense foyer morbide qui comprend les Indes, le sud de la Chine et le Japon ; de là le mal se répand au nord jusqu'en Sibérie et au Kamtschatka, à l'ouest en Perse, dans le Turkestan et la Turquie d'Asie, à l'est aux îles de la Sonde et aux Moluques. L'Australie et l'Océanie possèdent de nombreux foyers de provenance chinoise pour la plupart. Pour l'Afrique j'ai donné des chiffres dans ma précédente analyse; je signale seulement en plus comme envahis Madagascar, Maurice et la Réunion. En Amérique du Sud la côte orientale, tournée du côté de l'Afrique, est beaucoup plus sévèrement atteinte que la côte occidentale; la Colombie fait tristement exception. L'Amérique du Nord est relativement indemne : aux États-Unis il n'y aurait que deux cents lépreux environ (J. White). Pour l'Europe j'ai donné déjà les renseignements principaux ; il faut insister sur l'importance du foyer de la péninsule des Balkans.

L'auteur montre une fois de plus que la lèpre ne tient compte ni du climat, ni des conditions géographiques, ni des races. On savait bien qu'elle se rencontre à l'extrême Nord comme sous les tropiques ; les pays montagneux n'en sont pas plus indemnes que les plateaux et les côtes maritimes.

Viennent ensuite une série de rapports dans lesquels la lèpre se trouve étudiée sous tous ses aspects dans diverses régions que les auteurs habitent ou bien qu'ils ont visitées. **Neumann** pour la Bosnie et l'Herzégovine, **Grünfeld** pour le territoire des cosaques du Don, **Zwingmann** pour le gouvernement de Kursk, **Kalindéro** et **Pétrini** pour la Roumanie, **Mitaftsis** pour la Grèce, donnent des détails très intéressants qui montrent l'importance du foyer lépreux russe-balkanique. Le Portugal envisagé au même point de vue par **Z. Falcao** et l'Espagne par **Gémy**

(1) *Annales de Derm. et de Syph.*, 1897, p. 1149.

et **Raynaud**, nous apparaissent comme un autre foyer où la maladie est en voie d'augmentation.

Pour la France, le rapport de **Jeanselme** établit que les quelques rares cas de lèpre indigène que l'on a observés en Bretagne et dans la vallée du Paillon près Nice, semblent résulter d'une survivance de la maladie, autrefois beaucoup plus répandue ; mais, si l'on se borne à compter les cas indubitables sans englober, à l'exemple de Zambaco, sous la rubrique de la lèpre des maladies qui en sont distinctes, on ne peut vraiment pas parler de foyers lépreux véritables en France, la maladie n'y ayant aucune tendance à l'extension.

Il n'en est pas de même dans nos colonies, qui toutes sont infectées ; la Nouvelle-Calédonie (plus de 4,000 lépreux) et la Guyane (200 à 250 lépreux) en souffrent particulièrement. Une réglementation fort sage a été édictée ; malheureusement elle n'est pas appliquée faute de locaux bien aménagés pour y établir les malades avec le confort auquel ils ont droit.

Phineas S. Abraham donne le résultat d'une soigneuse enquête sur la lèpre dans l'Empire britannique. Relativement rare dans le Royaume-Uni, où il n'y a que des cas importés, et où on n'observe, pas plus qu'en France, d'extension de la maladie par contagion, la lèpre cause d'effrayants ravages dans les colonies anglaises ; l'estimation qui porte à 100,000 le nombre probable des lépreux aux Indes, témoigne de l'œuvre immense qui incombe aux pouvoirs publics pour isoler, traiter ou surveiller une telle masse de malades. L'auteur donne en appendice les ordonnances et règlements relatifs à la question, lesquels sont malheureusement pour la plupart encore inapplicables.

En Louisiane, selon **I. Dyer** la lèpre qui y existe probablement depuis 1750 est en progrès rapides et constants depuis 1878.

Kitasato estime à près de 20,000 le nombre des lépreux au Japon.

J. Ashburton Thompson expose soigneusement les conditions dans lesquelles la lèpre a pris aux îles Hawaï l'extension que l'on sait.

Une étude historique de **Clem. Koehler** sur la lèpre dans la province de Posen, termine la série des mémoires relatifs à la distribution géographique de la maladie.

Des travaux relatifs à la nosologie et à la prophylaxie de la lèpre, plusieurs sont connus du lecteur, parce qu'ils ont paru in extenso dans ces *Annales* ou que j'ai exposé sommairement les idées des auteurs dans l'analyse des discussions de la conférence. Il suffira de signaler les suivants :

Le mémoire de **Petersen** sur les manifestations initiales de la lèpre ; le plus souvent elles consistent en taches apparaissant à la face dans la majorité des cas (68,8 p. 100) de lèpre tuberculeuse, aux extrémités dans la plupart des cas (76 p. 100) de la forme nerveuse ; les muqueuses et en particulier celles des fosses nasales sont aussi très fréquemment atteintes primitivement.

Musehold décrit et figure la distribution des bacilles de Hansen dans la rate et le foie lépreux ; on les trouve soit indubitablement dans des cellules, soit dans les voies sanguines et lymphatiques, soit encore dans les travées conjonctives.

Schäffer démontre que ce qu'on désigne couramment sous le nom de

cellules lépreuses n'est pas une formation univoque : tantôt il s'agit de globi, tantôt manifestement de cellules contenant des bacilles, tantôt d'amas intra-canaliculaires. Ses recherches témoignent de la réalité de lésions viscérales lépreuses, bien caractéristiques et reconnaissables, même quand elles sont entremêlées de lésions tuberculeuses, ce qui est loin d'être rare. **Dohi** arrive à des conclusions analogues, relativement au siège des bacilles. **Aristidi Bey** trouve des bacilles dans les bulles spontanément apparues ou provoquées par vésication chez les lépreux.

La question des relations de la lèpre avec la syringomyélie fait l'objet des travaux critiques de plusieurs auteurs ; d'autres fournissent des notes intéressantes et de précieux documents.

On ne peut être que très reconnaissant à **Max Laehr** (de Berlin) d'avoir publié l'observation détaillée du malade découvert dans une clinique par von Duhring, et dont le diagnostic avait divisé les neurologistes d'une part, qui le considéraient comme syringomyélique, et les léprologues qui en faisaient un lépreux. Tous les assistants remarquèrent les atrophies musculaires, la griffe, les troubles sensitifs prononcés, et surtout l'exagération des réflexes patellaires qui témoignait d'une lésion très probablement centrale de l'axe spinal. L'auteur conteste l'existence chez ce malade des nouures le long du nerf cubital et de la paralysie faciale partielle, qui plaidaient pour la névrite lépreuse. Il maintient qu'il n'est pas démontré actuellement que la lèpre puisse être cause d'un gliôme central de la moelle (syringomyélie). Enfin un nodule infiltré de la peau du coude, que certains avaient considéré comme un léprome, a été excisé depuis lors et la recherche des bacilles a donné un résultat négatif. En somme, seule la nécropsie pourra trancher la question et serait d'un haut intérêt pour élucider ce point de nosologie.

Oppenheim, qui n'assistait pas à la discussion, maintient l'indépendance absolue de la syringomyélie vis-à-vis de la lèpre.

Pour **Kalindéro** et **Pétrini** la lèpre peut donner lieu au syndrome syringomyélique complet ; selon ce dernier l'absence du bacille ne serait pas une preuve péremptoire, car il n'a pu le retrouver, dit-il, dans plusieurs cas de lèpre nerveuse et même dans quelques cas de lèpre tuberculeuse.

Tous les autres travaux se rapportent au traitement de la lèpre par des sérums, identiques ou analogues à celui de *Carasquilla*. **Lawrence**, **Herman** et **Abraham**, **Olaya Laverde**, **W.-H. Atherstone** et **Sinclair Black** l'ont tenté et quelques-uns croient avoir observé des améliorations. J'ai cité dans ma précédente analyse les noms des léprologues autorisés qui n'ont éprouvé dans cette voie que des déceptions et des revers. **Hallopeau** met en garde contre les rémissions spontanées de la maladie. Les injections de sérum antivenimeux faites par **Dyer** ne s'expliquent guère et je ne pense pas qu'il trouve des imitateurs.

Les injections intramusculaires de bichlorure de mercure ont donné dans deux cas à **Radcliffe Croker** des résultats encourageants.

En somme, ce troisième et dernier volume confirme et corrobore l'impression que donne la lecture des deux premiers et celle qu'avaient d'ailleurs rapportée de Berlin les délégués français à la Conférence de la lèpre : en face de ce terrible fléau, la collaboration de toutes les nations

civilisées est indispensable ; cette collaboration est féconde ; mais si quelques points sont élucidés et acquis, bien des faces de la question réclament encore les patientes recherches des savants et la sollicitude des gouvernements. J. Darier.

Ueber die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, par H. Wilbrand et A. Staelin, broch. gr. in-8° avec 1 planche coloriée et 8 dessins dans le texte. 1897, Hamburg et Leipzig, chez L. Voss.

Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner systématiquement les yeux de 200 malades à la période précoce de la syphilis. Ces recherches ne comprennent que des hommes; elles ont été faites au fur et à mesure de l'entrée des malades à l'hôpital, sans aucun choix.

Sur 400 yeux examinés 80 étaient absolument sains. Parmi ces 80 on en trouvait encore 6 avec une diminution de l'acuité visuelle consécutive à des troubles de réfraction ou à une amblyopie congénitale ; sur les 320 autres on constatait des altérations quelconques, souvent très légères.

Comme dans cette statistique il n'est question que de syphilitiques de la période précoce, il est évident que c'est dans les années de relation sexuelle que tombent les chiffres les plus forts de cette maladie, c'est-à-dire entre 20 et 30 ans.

En ce qui concerne les recherches des auteurs sur le siège et la nature des lésions, il est noté que 305 fois les paupières étaient normales, tandis que 95 fois il existait des modifications pathologiques : de l'hyperhémie ciliaire et de la blépharite (35 cas) qui, d'après Wilbrand et Staelin, ne sauraient être attribuées directement à la syphilis, mais seulement en ce sens que cette maladie contribue à altérer l'état général.

La conjonctive présentait les altérations suivantes : hyperhémie anormale (34 cas), pâleur très frappante de la conjonctive (11 cas), plaques muqueuses (21 cas). Ce nombre considérable d'hyperhémies peut s'expliquer par ce fait, que la syphilis prédispose aux hyperhémies dans les organes les plus différents. D'ailleurs, on sait que la syphilis contribue à affaiblir l'état général. Quant à la pâleur tout à fait exceptionnelle de la conjonctive, elle serait, selon les auteurs, l'indice de l'état chlorotique qui frappe un si grand nombre d'individus pendant la période précoce de la syphilis.

Dans un cas, sur les 200 syphilitiques, les auteurs ont trouvé une épisclérite des deux yeux. Ils n'ont observé également qu'une fois et sur un seul œil une kératite parenchymateuse. Dans la syphilis héréditaire cette dernière lésion est relativement fréquente, tandis que dans la syphilis acquise elle est rare, ainsi que cela résulte des recherches ci-dessus.

Relativement à la participation de l'iris aux maladies de la période précoce, les auteurs ont trouvé une iritis dans 3 p. 100 des cas, et, dans 2 p. 100 des cas, elle était compliquée de choroïdite ; en tout 5 p. 100. Il en est de même de la choroïdite ou trouble du corps vitré, elle existait dans 3 p. 100 des cas.

L'examen du nerf optique et de la rétine a montré une hyperhémie de la papille dans 19 p. 100 des cas et une névrite ou névro-rétinite dans 8,5 p. 100 des cas; par contre, les auteurs n'ont observé qu'une seule fois la rétinite simple. Parmi les 200 cas les auteurs ont trouvé 12 cas de névrite optique, soit 6 p. 100.

Quant au champ visuel, il était modifié dans 35,5 p. 100 des cas ; la plus grande partie de ces cas, soit 32 p. 100, présentait une limitation concentrique du champ visuel d'après des rétrécissements fonctionnels nerveux ; 2,5 p. 100 dépendaient d'une lésion organique du nerf optique et de la rétine.

Selon les auteurs, la cause de cette limitation concentrique du champ visuel tient à une adaptation plus lente de la rétine après l'état de la sensibilité lumineuse amoindrie dans lequel elle a été mise par l'effet de la lumière du jour diffuse. Ce processus à son tour serait dû aux troubles de l'état général des syphilitiques, attendu que l'organisme est altéré sous l'influence du virus. A. Doyon.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation, par A. Lanz. 1 vol. in-8°, avec une photographie. Berlin, 1897, chez O. Coblentz.

Ce travail est divisé en trois parties : la première est consacrée à une étude des nombreux travaux publiés sur la stomatite, la deuxième aux faits cliniques et la troisième aux résultats de l'expérimentation chez les animaux.

On a émis les opinions les plus différentes sur la genèse de la stomatite mercurielle et de la salivation. Lanz a cherché à élucider la question par de nombreuses recherches cliniques et expérimentales. Les matériaux cliniques qu'il a réunis ont été recueillis à l'hôpital de la Mjassnitzkaia à Moscou ; ils comprennent 250 femmes et 100 hommes. Suivent 31 observations. Nous nous bornerons à en donner les résultats dont les détails méritent d'être lus dans l'original. Si ses conclusions ne sont pas décisives, elles contribueront sans aucun doute à susciter de nouvelles recherches sur une question aussi importante.

Pour le développement de la stomatite mercurielle il faut tenir compte du médicament, des causes locales et des bactéries.

Parmi les causes locales le défaut de mastication sur toutes les dents joue le principal rôle, attendu que la stomatite se développe toujours sur la moitié de la cavité buccale, qui reste inactive pendant la mastication.

Cette cause a également une action indirecte, car elle occasionne un dépôt de tartre et *eo ipso* une gingivite marginale qui de son côté devient une cause locale ultérieure.

La présence de dents cariées n'exerce le plus souvent qu'une influence indirecte sur le développement de la stomatite, elles obligent les malades à ne mastiquer que d'un seul côté.

La position du malade pendant le sommeil n'a, contrairement à une opinion très répandue, partilièrement chez les auteurs français, aucune influence sur de développement de la stomatite mercurielle. Les ulcères dus au mercure se développent dans les points de la muqueuse qui sont comprimés par les dents ; ils surviennent sur les gencives dans le sillon circulaire, sur les bords et à la face inférieure de la langue, sur la muqueuse buccale.

La modification désignée par Bockhart sous le nom d'anomalie des parois buccales, est uniquement due à la compression, on la trouve dans 70 p. 100 environ des cas ; elle n'a pas d'importance spéciale pour les

ulcères buccaux. La gingivite mercurielle s'observe surtout dans les points qui correspondent aux incisives et aux canines, spécialement du maxillaire inférieur.

Le ptyalisme dans la stomatite mercurielle est un phénomène réflexe provenant de la cavité buccale ; il ne précède pas la stomatite, il manque complètement dans un tiers de tous les cas.

Contrairement à l'opinion de Bockhart et d'autres auteurs, la salive et le mercure qu'elle contient n'ont pas d'importance réelle pour le développement de la stomatite mercurielle.

Les ulcères d'origine mercurielle de la cavité buccale sont le résultat d'une nécrose de la muqueuse occasionnée par le trouble de nutrition des tissus qui se développe consécutivement à l'action du mercure et par la compression des dents sur certaines parties de la muqueuse.

Rappelons que A. Fournier a insisté tout particulièrement sur les stomatites partielles qui préludent à la stomatite généralisée ; il les a décrites sous le nom de *stomatite d'alarme*.

On ne saurait cliniquement mettre en doute le rôle important des bactéries pour la production de la stomatite mercurielle et la marche ultérieure des ulcères. L'auteur indique en terminant, l'hygiène de la bouche que tous les malades doivent suivre avant de commencer un traitement mercuriel. C'est là un point sur lequel tous les spécialistes ont insisté.

Des expérimentations de l'auteur sur les animaux, il ressort que la salivation consécutive à l'empoisonnement mercuriel aigu est assez fréquente chez les chats ; elle survient très rapidement et par conséquent elle est indépendante de la stomatite mercurielle. L'existence d'un ptyalisme mercuriel indépendant dans le sens de v. Mering n'est pas démontrée. L'élimination du mercure cesse plus tôt par les glandes salivaires que par les reins. On peut constater dans la salive du chien la présence du mercure au bout de quelques minutes, quand il est introduit en grande quantité par la voie hypodermique.

Ce travail se termine par un index bibliographique. A. Doyon.

Blennorrhagie et mariage, par L. Jullien, 1 vol. in-16 de 312 pages, J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1898.

M. Jullien étudie, dans ce petit volume d'une lecture facile, la question de la blennorrhagie dans ses rapports avec le mariage ; les conséquences graves de la blennorrhagie sur la santé de la femme et sa fécondité donnent, plus encore que le côté exclusivement moral, une importance spéciale à ce chapitre de son histoire, et obligent à l'envisager sous toutes ses faces.

Dans une introduction sur la discrétion professionnelle, l'auteur montre le rôle du médecin dans les cas où avis lui est demandé à propos du mariage d'un blennorrhagique soigné par lui ; partisan du silence le plus absolu dans ce cas, effrayé aussi par les conséquences funestes de ce silence, M. Jullien voudrait voir se répandre une pratique dont il a été à même d'apprécier l'utilité, et qui consiste dans la production par le candidat au mariage d'un billet de santé, délivré après examen des organes génitaux par un médecin n'ayant pas soigné précédemment ledit candidat.

Dans les pages qui suivent, l'auteur expose en détails la conduite du médecin dans les cas de blennorrhagie aiguë, de blennorrhagie chronique, de blennorrhagie guérie chez l'homme, de blennorhragie aiguë, de blennorrhagie chronique, de blennorrhagie guérie chez la femme ; dans ces différents chapitres, il envisage successivement le cas où le médecin est consulté avant tout projet, avant la fixation du jour et après le mariage. Ce sont là autant de conditions différentes, qui doivent dicter des avis différents, souvent délicats à concevoir, délicats à formuler. L'expérience de l'auteur aidera bien des médecins dans cette tâche. G. T.

Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de MM. Grancher, Comby et Marfan, V, contenant les *Maladies de la peau*. In-8°, Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1898.

Les directeurs de cette remarquable encyclopédie des maladies de l'enfance ont réservé près de 400 pages à la description des dermatoses infantiles et en ont confié la rédaction à des auteurs particulièrement qualifiés.

L'éléphantiasis, les amputations congénitales, l'œdème des nouveaunés, le pemphigus, la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, les affections des glandes sudoripares et sébacées, les kératoses, les verrues, le molluscum contagiosum, l'herpès, les érythèmes infectieux idiopathiques ont été, de la part de M. Comby, l'objet de descriptions claires et précises.

M. Ch. Leroux a écrit sur l'impétigo et l'ecthyma des chapitres très étudiés et très complets.

M. Baumel a donné une description des engelures et de la maladie de Raynaud.

M. J. Renault a écrit des chapitres très documentés sur les gangrènes disséminées et les abcès multiples de la peau.

M. Hulot a eu à décrire les infections cutanées, M. Jacquet les dermites infantiles simples, M. Mussy les érythèmes infectieux symptomatiques.

M. Dubreuilh a résumé avec une grande clarté tout ce qui concerne la tuberculose cutanée, le lichen des scrofuleux, les affections prurigineuses (strophulus, prurigo de Hebra, urticaire) et les affections dues aux parasites animaux (gale et phthiriase), autant de sujets sur lesquels ont porté déjà ses travaux les plus estimés.

M. Sabouraud a été chargé de décrire la pelade, les teignes tondantes, les trichophyties, le favus et le pityriasis versicolore et résumé dans ces divers chapitres ses études antérieures ; dans le chapitre de la pelade, il expose ses idées nouvelles sur les diverses espèces de pelade, idées dont on trouvera un aperçu dans le compte rendu de la dernière séance de la Société de dermatologie (voir p. 545), mais dont on devra lire l'exposé tout entier dans le livre dont nous rendons compte.

On voit par ce rapide exposé quelle importance les directeurs du *Traité des maladies de l'enfance* ont à juste titre donnée à la description des dermatoses infantiles : elles constituent dans leur livre un fragment important et très soigné, au lieu d'être un appendice très écourté et négligé comme elles le sont généralement dans les traités de pathologie infantile. G. T.

NOUVELLES

Le titre de professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Vienne a été conféré au D[r] M. von Zeissl.

Le D[r] Arturo Risso a été nommé privat docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Gênes.

Les D[rs] Barrucco et Michele de Amicis ont été nommés au même titre à l'Université de Naples.

Les D[rs] M. P. Manasséin et S. F. Koulner ont été nommés au même titre à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.

Le 7 mai dernier a été célébré à Prague le jubilé du Professeur F.-J. Pick, qui dirige depuis 25 ans la clinique dermatologique de cette ville. Un grand nombre de médecins, collègues, amis et élèves ont pris part à cette fête dans laquelle ont été loués comme ils le méritent le talent et l'ardeur scientifique de notre éminent collègue. Les *Annales de Dermatologie* s'associent aux félicitations et aux vœux qui ont été exprimés au savant Directeur de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*.

A l'occasion de ce jubilé a été offert au professeur Pick un volumineux *Festchrift*, qui ne représente pas moins de deux tomes de l'*Archiv für Dermatologie* et auquel ont collaboré plus de 50 dermatologistes de tous les pays.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du D[r] Majew, privat docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE SINGULIÈRE DERMATOSE
A LOCALISATIONS CUTANÉES ET MUQUEUSES
L'HYPERKÉRATOSE FIGURÉE CENTRIFUGE ATROPHIANTE
(IMPROPREMENT APPELÉE POROKÉRATOSE)
NOUVELLE ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

PAR

Le Professeur **Auguste Ducrey**, Directeur

Le D[r] **Emile Respighi**, Aide et privat-docent

De l'Institut dermo-syphilopathique de l'Université de Pise.

Le 3 juin 1897 se présenta à l'Ambulatoire annexé à notre Clinique, puis fut admis à la Clinique et y resta du 8 au 23 du même mois le nommé J.-B. Mar...., qui présentait un exemple typique de cette singulière hyperkératose dont les premières descriptions ont été données par le professeur Mibelli et par l'un de nous, au mois de septembre 1893. Mais un examen très attentif du malade permit de constater que son affection n'était pas limitée à la peau, mais intéressait aussi la muqueuse buccale ; sur celle-ci, les lésions rappelaient de très près les caractères des lésions cutanées, de sorte qu'il n'y avait aucun doute que les unes et les autres lésions relevaient du même processus morbide.

L'importance considérable de cette observation, absolument nouvelle, qui pouvait contribuer à porter la lumière sur l'interprétation de cette forme morbide, nous conduisit à examiner minutieusement le plus grand nombre possible des malades, qui avaient déjà été l'objet des travaux antérieurs de l'un de nous. Nous pûmes retrouver cinq d'entre eux, parmi lesquels nous constatâmes chez trois également des lésions de la muqueuse buccale, indiscutablement semblables à celles observées chez Mar.... (1).

Tandis que nous poursuivions l'étude de ces malades, il nous fut donné de constater que quelques parents de quelques-uns de nos

(1) De même chez un des malades qui avaient été étudiés par le professeur Mibelli et dont l'observation avait été publiée dans son premier mémoire (Ros....), nous pûmes constater, au cours d'un examen fait au mois de janvier dernier, une lésion sur le côté gauche de la langue, auprès de la pointe, indubitablement due à l'affection dont nous nous occupons. Deux autres malades, R. Boz .. et L. Fol..., ne présentaient aucune lésion de la muqueuse buccale.

malades étaient atteints de la même maladie, et récemment, au mois d'avril dernier, un autre malade qui se présenta à l'Ambulatoire nous donna à son tour l'occasion d'aller examiner trois de ses parents qui en étaient atteints. Le nombre de nos malades fut ainsi augmenté de sept, parmi lesquels deux seulement présentaient des lésions de la muqueuse buccale.

Nous rapportons ici les observations des malades que nous venons d'étudier pour la première fois, et nous reproduisons aussi celles des malades dont nous avons autrefois donné seulement un court résumé, nous bornant pour les autres, dont l'histoire a été publiée déjà avec des détails suffisants, à relater les modifications qui sont survenues ultérieurement dans les lésions cutanées. Naturellement les lésions de la muqueuse seront décrites avec détails chez tous les malades qui en ont présenté.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Jean-Baptiste Mar..., âgé de 66 ans, originaire d'Orentano, province de Florence, cultivateur, marié, a des enfants.

A toujours joui d'une bonne santé et ne se rappelle pas avoir été atteint d'une maladie de quelque importance. Fume modérément depuis son jeune âge.

Très rustique et prenant peu de souci de sa personne, il n'est pas capable de donner sur la maladie pour laquelle il se présente à l'Ambulatoire, de renseignements très précis ; il sait seulement qu'étant âgé à peine de 15 ans, il a remarqué sur le pied droit, et exactement sur la face dorsale du 5e orteil, une petite saillie, dure, rugueuse qui lui causait une très légère sensation de prurit etplus tard devint douloureuse par la pression de la chaussure.

Vingt ans après, une saillie analogue à la précédente se développa sur le bord interne de l'articulation phalango-phalangettienne du pouce gauche et une autre huit ans plus tard sur la région malléolaire externe droite ; ces deux saillies s'accrurent très lentement et ne donnèrent jamais lieu qu'à des troubles subjectifs peu considérables.

A ces trois saillies, qui s'étaient développées à si long intervalle, il s'en joignit, environ cinq ans plus tard (le malade approchait alors de la cinquantaine), d'autres sur la plante des pieds, d'abord à droite, puis à gauche, puis, au bout d'un court espace de temps, également sur la face dorsale des pieds, disséminées çà et là, sur la face dorsale des doigts, et une sur la paume de la main droite à la base de la région thénar.

C'est seulement il y a un an à peine que le malade a constaté les premières manifestations sur le visage, sur le cuir chevelu et sur le scrotum, qui sont devenues nombreuses dans ces derniers mois.

Les lésions de la muqueuse buccale n'ont pas été remarquées par le malade avant notre examen.

En dehors des troubles subjectifs déjà signalés pour quelques taches, du prurit très léger et accidentel et de la douleur sous l'influence des pressions

exercées par la chaussure, surtout pendant la marche et dans les travaux manuels, le malade n'a jamais éprouvé aucune autre espèce de souffrance, sauf que, surtout lorsqu'il est au lit, presque habituellement depuis un temps qu'il ne peut préciser, il éprouve une sensation de chaleur dans les pieds et un peu dans les jambes jusqu'au voisinage du genou, assez pénible pour l'obliger souvent à mettre ces parties en dehors de ses couvertures.

Relativement aux antécédents de famille, le malade rapporta que :

a) Sa mère, Liberata Nel..., peu robuste, qui mourut subitement vers l'âge de 60 ans, était atteinte de lésions cutanées très nombreuses sur le visage, les mains et les pieds, identiques à celles dont lui-même est porteur; celles de ces lésions qui occupaient les pieds étaient seules douloureuses et l'obligeaient à porter des pantoufles. Deux de ses oncles maternels (Jean et Barthélemy) qui étaient également atteints de cette affection, et deux autres (Louis et Annonciation), qui étaient peut-être atteints, sont morts actuellement.

b) Deux de ses frères (André et Raimond), plus âgés que lui, étaient également atteints de cette affection, à peu près au même degré que lui, ainsi qu'une sœur plus jeune (Émilie) : tous trois sont morts à un âge avancé, sans enfants et sans que les femmes de ses frères et le mari de sa sœur aient contracté la maladie.

c) Un cousin germain paternel (Chérubin Bia...) et son fils (Charles) sont atteints de la maladie ; un autre cousin, frère du précédent (Laurent), mort depuis longtemps déjà, en aurait également été atteint.

d) Le père du malade, mort depuis plusieurs années, n'a jamais présenté de lésions cutanées ; de même, deux sœurs, la femme et les deux fils, tous actuellement vivants, sont complètement indemnes de la maladie dont nous nous occupons.

A Orentano, pays natal et domicile du malade, nons avons pu nous assurer *de visu* de la maladie de son cousin germain Chérubin Bia... (voir l'observation suivante), et avoir la confirmation, par les informations que nous avons recueillies, des renseignements que Mar... nous avait donnés.

Nous n'avons pu voir le fils de Chérubin, qui demeure à Marseille.

Il est à remarquer que, entre les familles Mar..., Bia... et Nel..., bien qu'elles habitent des localités très voisines (la famille Mar... est d'Orentano et originairement de Montecalvoli, la famille Bia... est de Montecarlo S. Salvatore et la famille Nel... d'Altopascio), il n'existait aucune parenté avant les mariages des parents de Jean-Baptiste Mar..., et de Chérubin Bia..., et que ce dernier, dont les parents étaient, autant qu'on nous l'a affirmé, indemnes de la maladie, fut nourri par Liberata Nel..., mère de notre malade Jean-Baptiste Mar..., aussitôt après le sevrage de ce dernier, et que le frère de Chérubin Bia..., Laurent, fut nourri par la même Liberata Nel..., aussitôt après que celle-ci eut sevré sa fille Émilie, tandis que, des autres frères de Chér..., qui tous étaient exempts de la maladie, aucun n'a été nourri par Liberata Nel...

Pour plus de clarté, nous rapportons dans le tableau ci-dessous la généalogie du malade, en écrivant en gros caractères les noms de ceux de ses parents qui étaient atteints de la même maladie que lui.

Famille Mar... et Bia...

Gaspar Mar...†, marié à **Liberata Nel...**†; **Jean Nel...**†; Louis Nel...†; ? **Barthelemy Nel...**†; Annonciation Nel...†; ? trois autres filles mortes.

|

André Mar...†; **Raymond Mar...**†; François Mar...†; **Jean-Baptiste Mar...** ✳; **Emilie Mar...** ✳†; quatre autres filles dont trois sont mortes.

Sept sœurs Mar..., dont Annonciation †, mariée à Romuald Bia... †.

|

Chérubin Bia... ✳; **Laurent Bia...** ✳ †; Gabriel Bia... †; Angel Bia... †; Dominique Bia... †; Marianne Bia...

|

Charles Bia... et sept autres enfants.

---

†, morts. — ✳, nourris par Liberata Nel... — ?, cas douteux.
La maladie n'a été constatée de visu que chez Jean-Baptiste Mar... et Chérubin Bia...

État actuel (3 juin 1897). — Taille moyenne, squelette normal, embonpoint convenable, muscles bien développés, peau brune, cheveux rares, châtain foncé, mélangés de quantité égale de cheveux blancs. Athérome artériel marqué.

Les lésions cutanées intéressent la tête, le scrotum, les mains, les poignets, les pieds et les jambes.

Tête. Cuir chevelu. — Sur le cuir chevelu qui présente une zone où les cheveux sont éclaircis dans la région du vertex et dont le voisinage de la région frontale est presque alopécique (par alopécie sénile), on remarque une trentaine de petites taches, sur lesquelles les cheveux sont clairs ou manquent complètement; ces taches sont disséminées, sans sièges de prédilection, lenticulaires ou en forme de gouttes, plus ou moins circulaires, ou en forme de biscuit, polycycliques ou complètement irrégulières. A leur niveau, les orifices folliculaires sont plus ou moins apparents ; la surface est plane, légèrement déprimée, de coloration jaune brunâtre très légère ; les bords bien marqués, sont linéaires, légèrement saillants, de coloration plus foncée que l'aire qu'ils entourent. Les rares cheveux qui persistent sur les petites taches ont un aspect normal et résistent normalement à la traction.

Visage. — Sur la partie supérieure de la région frontale, exactement au niveau où le cuir chevelu est devenu alopécique, on voit quelques petites taches en gouttes, analogues aux précédentes, dont elles diffèrent seulement par un très étroit sillon tracé sur le milieu du relief linéaire périphérique.

Le sillon est plus manifeste sur les rares petites taches lenticulaires et en gouttes, que l'on voit sur le reste de la région frontale ; une de ces taches, en forme de goutte, occupant le sourcil gauche au voisinage de la glabelle, présente un bord nettement saillant en forme de digue sur toute sa longueur.

Le reste du visage, tant sur ses parties velues que sur ses parties glabres, y compris les pavillons des oreilles, est occupé par de nombreuses petites taches, dont les unes sont lenticulaires, les autres en forme de gouttes, le plus grand nombre irrégulières, avec des formes qui échappent à une description exacte. Toutes ont une aire centrale déprimée, plus ou moins lisse, complètement alopécique ou à peu près alopécique dans les régions pileuses, avec des orifices folliculaires apparents, particulièrement sur celles qui occupent la peau du nez, de coloration un peu plus accentuée que la coloration brune diffuse de tout le visage. La limite de ces éléments est constituée par un petit bord presque linéaire, toujours plus foncé que l'aire centrale, présentant ou non un très étroit sillon et, sur quelques taches, principalement sur le pavillon des oreilles, la totalité ou une partie seulement de ce petit bord est un peu épaissie et calleuse.

Les tempes sont épargnées, les paupières et la racine du nez sont peu atteintes. On voit de nombreuses lésions sur le lobule du nez, sur les ailes du nez, sur la joue gauche : elles sont discrètes sur la joue droite, sur les lèvres, sur le pavillon des oreilles dont elles occupent presque exclusivement la partie antérieure.

Sous le rapport des dimensions, les taches sont lenticulaires ou en gouttes

sur le nez et sur les oreilles, en gouttes ou nummulaires, surtout nummulaires sur les joues.

Sur la lèvre supérieure, à gauche, une tache nummulaire, complètement alopécique, polycyclique, est remarquable par l'atrophie prononcée qu'elle présente, avec une surface irrégulière, comme rugueuse. En outre, sur les bords libres des lèvres et exactement sur leur partie médiane, on constate deux petites taches, l'une lenticulaire sur la lèvre supérieure, l'autre presque en goutte sur la lèvre inférieure, avec une bordure saillante peu accentuée et une aire interne aplatie, blanchâtre, sans signes évidents d'atrophie.

Cou. — Le cou, épargné à la partie antérieure et sur les côtés, présente 5 taches en gouttes sur la région de la nuque, 3 supérieures à bords calleux, dont l'aspect rappelle celui des taches des pavillons des oreilles et 2 inférieures très analogues à celles que l'on constate sur le front.

Tronc. — Six taches, quelques-unes en gouttes, les autres lenticulaires, sont disséminées sur la partie supérieure de la poitrine et une petite, à peine lenticulaire, sur le dos, dans la fosse sus-épineuse droite ; elles ont des caractères identiques à ceux des taches de la région frontale précédemment décrites.

En outre, il y a 3 taches dans le creux axillaire droit, deux en gouttes, une nummulaire, trois nummulaires dans l'aisselle gauche, au niveau desquelles les poils ont disparu ; ces taches ont un bord modérément saillant, assez pigmenté, divisé par un sillon.

On voit un petit nombre de taches, une douzaine environ, rendues apparentes par la pigmentation du bord, qui est un peu induré, disposées le long du bandage herniaire que le malade porte à gauche pour une hernie inguinale, quelques-unes au niveau du bandage lui-même, d'autres au-dessus ou au-dessous de lui.

Organes génitaux. — On voit sur le scrotum, surtout à sa partie antérieure, de nombreuses taches assez larges et irrégulières, entourées d'une bordure mince, filiforme, faisant saillie sur une étroite base hyperhémique, qui la rend plus apparente et plus élégante ; la partie centrale de ces taches, légèrement atrophique, présente des poils plus clairsemés que la peau saine environnante.

Aucune lésion sur la verge.

Membres supérieurs. — On note une petite tache lenticulaire sur le côté externe du coude droit et quelques-unes disséminées sur la peau des avant-bras ; ces taches reproduisent les caractères de celles du front.

Par contre, les taches sont nombreuses sur les poignets, principalement sur la face dorsale du poignet droit et sur la face palmaire du poignet gauche ; elles sont nombreuses également sur les mains, occupant presque exclusivement la région dorsale, disséminées assez régulièrement sur la main droite, mais prédominant sur la partie externe de la main gauche. Sur la paume de la main droite, on voit seulement une petite tache occupant la base de la région thénar. Quant aux doigts, les lésions sont peu nombreuses à droite, où elles occupent presque exclusivement la région dorsale, et discrètes à gauche où elles prédominent sur la face dorsale et sur les côtés. Les régions périunguéales sont indemnes ; aucun des ongles n'est déformé.

En ce qui regarde les dimensions, il y a prédominance des plaques nummulaires, arrondies et polycycliques sur les poignets et le dos des mains, des plaques lenticulaires sur les doigts. Sur toutes les taches, la bordure est saillante en forme de digue, particulièrement apparente sur quelques-unes, soit dans toute sa longueur, soit par places ; ce n'est pas toujours sur les points où les pressions et les chocs résultant de la profession du malade sont les plus répétés que cette bordure est le plus accusée ; de coloration brunâtre, ces taches se distinguent difficilement sur la face dorsale des extrémités en raison de la coloration brune diffuse de ces régions, tandis qu'elles se voient mieux sur la face palmaire.

Sur le plus grand nombre de ces taches, on remarque un sillon bien marqué le long du sommet de la bordure, assez étroit sur la plupart, évasé au contraire et avec un liséré central sur celles dont les bords sont calleux.

L'aire centrale des taches, dont la surface est plus ou moins déprimée par rapport à la bordure, présente les caractères de la peau atrophiée à un degré variable. Mais, sur quelques taches, l'aire centrale calleuse s'élève jusqu'au niveau de la bordure, dont elle constitue le bord interne. Le liséré, qui s'élève au-dessus du sillon, assez épais et ondulé, atteint sur quelques taches et dépasse sur d'autres le niveau de l'aire centrale, et s'appuie sur elle comme si elle lui adhérait.

Sur le dos du poignet gauche, on voit quelques cicatrices de blessures, larges de quelques millimètres, planes, anémiques, hypochromiques, qui sont respectées par les taches.

Membres inférieurs. — Les cuisses sont indemnes. Les taches sont peu nombreuses sur les trois quarts supérieurs des jambes, nombreuses sur leur quart inférieur et sur la face dorsale des pieds. Il y a prédominance des taches nummulaires, arrondies et polycycliques ; les bords et l'aire centrale sont analogues à ceux des éléments des poignets et des mains, et la coloration brun-rouge du bord se détache sur la peau assez blanche du voisinage.

Une tache intéresse la moitié interne de la région unguéale du gros orteil droit, et une la moitié externe de la région unguéale du troisième orteil gauche. La portion correspondante de l'ongle est doublée d'épaisseur, plus opaque, de coloration brune, sa surface est irrégulière. On constate sur la plante des pieds, particulièrement au niveau des talons et des articulations métatarso-phalangiennes, quelques taches en gouttes, calleuses dans leur totalité, avec un sillon évasé.

Muqueuses. — Légère leucoplasie sur les joues, le long du sillon interdentaire.

Sur la muqueuse buccale on note quelques lésions disséminées sur les lèvres, la joue gauche, les gencives, la voûte palatine et la face inférieure de la langue.

Surface interne des lèvres. — Sur la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane et au voisinage de celle-ci, sur le milieu de la hauteur de la lèvre, il y a une petite tache, de la largeur d'une grosse lentille, irrégulièrement arrondie ; cette tache, opaline au centre, prend progressivement une teinte blanche opaque et s'épaissit à mesure qu'on s'approche de la périphérie où elle se termine par un bord net.

Sur la lèvre inférieure, il y a deux petites taches, absolument identiques, sauf leur dimension qui est un peu moindre ; ces deux taches se touchent presque et sont situées à un centimètre du sillon labio-gingival, un peu à droite de la ligne médiane.

Joues. — On constate une seule tache sur la joue gauche, sur le sillon interdentaire, correspondant aux avant-dernières molaires ; cette tache est également lenticulaire, ovoïde, uniformément plane et opaline ; l'anneau blanc, opaque et mince, qui la limite, présente, dans la partie postéro-inférieure de sa circonférence et sur son bord externe, une saillie formée d'un petit grain miliaire, bien circonscrit et apparent, d'une coloration blanc opaque semblable à celle de l'anneau lui-même avec lequel elle se continue ; cette sallie est assez facilement perceptible au toucher.

Muqueuse gingivale. — Sur le bord alvéolaire supérieur, à sa partie externe, au-dessus du vide laissé par la chute de la canine du côté droit, il y a une petite tache sublenticulaire, dont la partie centrale est plutôt saillante, d'un blanc opaque, aplatie, à bords nets, entourée d'un léger sillon, lequel à sa partie externe présente une étroite bordure à peine opaline, qui se perd sur la muqueuse du voisinage.

Également sur le bord alvéolaire supérieur, à droite et en dedans, entre les deuxième et troisième molaires, on note une petite tache sublenticulaire, d'un blanc opaque, presque conoïde, à surface irrégulière et verruqueuse, présentant pour tout le reste absolument les mêmes caractères que les précédentes.

Voûte palatine. — Sur la moitié gauche de la voûte palatine, à un centimètre du raphé, dans une des dépressions digitales normales de la partie antérieure de la muqueuse, existe une petite tache sublenticulaire, à aire centrale légèrement déprimée, de forme grossièrement triangulaire, à angles arrondis, opaline, avec un mince bord périphérique blanc opaque, saillant, comme un fil très mince.

Langue. — A la face inférieure de la langue, à gauche de la ligne médiane, auprès de la pointe, se trouvent deux petites taches sublenticulaires, très voisines l'une de l'autre, ovalaires, assez élégantes, à bordure circulaire très mince d'un blanc opaque et à aire interne légèrement opaline.

Sur le voile du palais, les piliers, les amygdales, le pharynx, il n'y a aucune lésion à noter. Il en est de même sur les conjonctives et sur la muqueuse nasale.

Le 9 juin 1898, on a enlevé sur la muqueuse buccale la tache unique de la lèvre supérieure et les deux taches de la lèvre inférieure. Les fragments enlevés ont été fixés dans l'alcool absolu et inclus dans la paraffine. Les coupes ont été faites rigoureusement en série et colorées à l'hématoxyline.

Obs. II. — Chérubin Bia... (1), cousin germain paternel de J.-B. Mar...,

(1) Ce malade a été examiné dans sa maison à Orentano; il était assez peu disposé à se prêter à une étude minutieuse. L'examen, rendu ainsi forcément incomplet, a eu surtout pour but d'établir que, quoique ce sujet fût bien atteint de la maladie dont il s'agit ici, il ne présentait pas de lésions des muqueuses.

âgé de 65 ans, originaire d'Orentano, cultivateur, marié, ayant des enfants.

Après ce que nous avons noté dans l'observation précédente, il suffira de rappeler que le père, les oncles paternels et quatre frères de ce malade, tous morts aujourd'hui, n'ont jamais eu aucune espèce d'affection cutanée, tandis que le 5e frère, Laurent, qui est également mort, était atteint de la même dermatose dont nous nous occupons ici, et qu'un des 8 fils du malade, Charles, habitant actuellement Marseille, en est également atteint.

Rappelons aussi que, des frères Bia..., Chérubin et Laurent ont seuls été allaités par Liberata Nel..., mère de J.-B. Mar..., l'un après le sevrage de J.-B. Mar..., l'autre après le sevrage d'Emilie Mar..., laquelle, ainsi qu'il a déjà été dit, fut atteinte de la même dermatose.

Le début de l'affection, chez notre malade, qui ne peut le préciser, paraît dater de l'enfance et les premières manifestations se seraient produites sur le dos des mains, puis successivement à la face et aux pieds ; aux pieds, autant qu'il se rappelle, elles ont débuté dans le 1er espace interdigital du côté gauche et à la région sus-unguéale du gros orteil droit.

État actuel (5 juillet 1897). — Homme de taille moyenne, de développement régulier, d'embonpoint modéré ; muscles bien développés, peau brune, cheveux châtain foncé, tachetés de blanc.

L'affection intéresse presque exclusivement l'extrémité des membres, la tête et les organes génitaux, et est caractérisée par des taches annulaires, de dimensions allant de celles de taches lenticulaires à celles de taches nummulaires, les plus petites arrondies, les plus grandes irrégulières et polycycliques. Elles sont constituées par : 1° une bordure annulaire, continue, peu saillante, d'apparence squameuse, ou, plus souvent, assez prononcée, dure, cornée, présentant ou non un sillon qui semble tracé au burin sur son sommet et sur lequel s'élève une petite lamelle plus ou moins marquée, tout à fait isolée ou adhérente au bord interne du sillon, d'aspect et de consistance cornée ; 2° une aire incluse dans la bordure, au niveau de laquelle la peau peut conserver son aspect normal ou à peu près, mais sur laquelle on peut ordinairement constater des signes d'atrophie superficielle ou même d'atrophie assez prononcée ; à ce niveau, la peau est de coloration un peu achromique par rapport à la peau du voisinage, mais plus souvent un peu plus brune ou rouge-brun. Parfois elle est couverte d'un amas corné épais, qui en soulève la surface jusqu'au niveau de la saillie périphérique ; sur les taches qui présentent cet aspect, le sillon est plus manifeste, plus évasé et la lamelle qui s'élève au-dessus de sa partie moyenne est épaisse, festonnée, adhère en partie au bord interne dont elle dépasse quelque peu la limite supérieure. Lorsqu'on soulève l'amas corné, qui recouvre l'aire interne et qui souvent peut être détaché sans grande difficulté, on met à découvert une surface rouge-brun déprimée ou légèrement saillante, parfois irrégulière, presque papillomateuse.

Nous n'avons pu observer aucune tache de développement récent.

Le cuir chevelu présente une dizaine de taches lenticulaires, atrophiques, alopéciques, brunâtres, lisses ou recouvertes de squames sébacées, particulièrement au voisinage de leurs bords.

Au visage, on voit, presque exclusivement sur la partie supérieure et

interne des joues et sur le nez, des taches de dimensions moyennes, au niveau desquelles il y a une atrophie prononcée, au nombre d'une trentaine. Quelques taches à bords calleux se voient sur le pavillon des oreilles, presque exclusivement au voisinage de l'ourlet.

Aux poignets et aux mains, les lésions sont, au total, au nombre de 30 à droite et de 20 à gauche; elles ont un bord plutôt calleux, particulièrement celles qui sont développées au voisinage des articulations; sur la face palmaire on ne constate que quelques taches au niveau des doigts. Les pieds sont peu intéressés; les régions plantaires sont respectées.

Les régions périunguéales sont également respectées et il n'y a pas d'altérations unguéales.

Au niveau des organes génitaux, le scrotum seul présente, sur sa face antérieure, une dizaine de taches nummulaires, irrégulières, à bordure mince et régulière, continue, entourée en dehors et en dedans d'une ligne rouge vif; la zone interne de ces taches est le siège d'une légère atrophie.

Les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale ne présentent rien d'anormal.

Le malade se plaint seulement d'une douleur, d'intensité variable, produite par la pression de la chaussure, et d'une sensation de chaleur aux pieds qui l'oblige à les tenir hors de ses couvertures pendant la nuit.

Obs. III. — Pierre Petr..., fils de Dominique, originaire de Riglione, journalier, âgé de 75 ans, marié, ayant des enfants, pensionnaire de l'Asile de mendicité de Pise (1).

Ce malade croit être seul de sa famille atteint de la dermatose qui nous intéresse.

Ses grands-parents, qu'il a connus, n'auraient pas présenté, autant qu'il peut se rappeler, d'affections cutanées. La grand'mère paternelle est morte d'un épithélioma de la joue.

Ses parents, morts âgés tous les deux, et ses oncles auraient été absolument indemnes de maladie de peau. Sa femme, qui est encore vivante et en bonne santé quoiqu'elle soit âgée de 67 ans, a eu 8 grossesses, dont une seule terminée par un avortement. De ses 7 enfants, il ne lui reste que 3 filles qui sont mariées et ont des enfants. De ses autres enfants, 3 sont morts en bas âge (deux du croup), le 4e est mort à 33 ans de pneumonie. Ni ses enfants ni ses petits-enfants n'ont jamais eu sur la surface de la peau de lésions analogues à celles de notre malade.

Il n'a jamais, autant qu'il se rappelle, souffert d'autres maladies que des fièvres paludéennes à type tierce, ayant duré trois mois environ à l'âge de 18 ans.

Dix ans plus tard, après une grande frayeur causée par une attaque à main armée, il fut atteint de furonculose disséminée, plus intense aux membres inférieurs, dont il souffrit pendant plusieurs mois.

Au bout de quelques années (le malade ne peut préciser l'époque), il

(1) Dans la troisième publication faite par l'un de nous sur cette maladie, il n'a pas été possible d'étudier convenablement ce malade, parce qu'il s'est soustrait à l'examen. Nous avons pu l'examiner de nouveau et plusieurs fois, toujours à l'Asile de mendicité de Pise.

s'est produit une petite tache, légèrement saillante, de consistance dure, au sourcil droit, qui s'élargit peu et lentement, sans produire aucun trouble et, au bout de quelques années, alla en s'atténuant jusqu'à disparaître. D'autres taches analogues apparurent successivement sur le visage, puis sur le dos de la main droite, au scrotum, sur le dos de la main gauche, sur le dos des pieds et sur les jambes.

On ne peut savoir à quel intervalle de temps ces diverses localisations se sont succédé et si l'affection a eu ou non une marche progressive régulière ; il semble seulement qu'on puisse assurer que depuis sept ou huit ans, il ne s'est pas développé de nouvelles lésions.

Les sensations subjectives ont toujours été assez légères, et ont consisté en un prurit léger dans quelques-uns des points affectés, plus souvent en douleurs correspondant aux taches des pieds qui sont le plus exposées aux pressions.

Chez ce malade, comme chez les autres, les lésions des pieds se sont accompagnées d'une sensation localisée de chaleur ou même de brûlure, qui s'accentue surtout quand il est au lit.

Dans les sillons génito-cruraux et autour de l'anus, depuis quelque temps, en même temps qu'un prurit pénible, il y a un léger degré de rougeur et d'humidité de la peau.

Sur la muqueuse buccale, le malade n'a jamais éprouvé aucune sensation qui l'ait conduit à constater les lésions qui s'y trouvent.

État actuel (16 novembre 1897). — Taille ordinaire, développement du squelette normal, muscles flasques avec atrophie notable des muscles des mains, pannicule adipeux très mince, coloration générale de la peau blanc pâle, avec atrophie cutanée en rapport avec l'âge ; en quelques régions, spécialement sur les membres, il y a une légère desquamation furfuracée.

Les cheveux sont presque complètement blancs ; ils manquent presque absolument dans toute la partie supérieure de la région frontale, mais persistent touffus sur le reste du cuir chevelu.

Le malade, en raison d'une sensation de faiblesse dans les membres inférieurs qui quelquefois s'accentue au point de rendre incertaine la station verticale, a besoin d'un bâton et marche lentement en se courbant un peu en avant. Il a une légère opacité en taches sur les cornées, et une légère opacité du cristallin ; les muqueuses sont d'un rose pâle ; les dents sont toutes tombées et il y a une involution très accentuée des bords alvéolaires.

Les lésions cutanées occupent la tête, la région scroto-périnéale, les mains et les pieds, presque exclusivement sur leur face dorsale, et le tiers inférieur des jambes.

Tête. Cuir chevelu. — Dans la partie la plus élevée du front, qui est devenue alopécique, on compte une dizaine de taches de la dimension d'une petite lentille, arrondies ou ovalaires, assez régulières, bien circonscrites par une bordure presque filiforme, légèrement jaunâtre, uniforme et constituée par de très petites saillies qui se touchent les unes les autres et qui correspondent aux orifices folliculaires. La zone circonscrite par cette bordure, légèrement atrophique, conserve la couleur de la peau saine, à l'exception d'une petite tache placée sur la partie médiane du

front, un peu plus large que les précédentes et dont la périphérie, sur une largeur d'environ un millimètre, est congestionnée.

Sur toute l'étendue du cuir chevelu, cachées par les cheveux touffus, on voit quelques petites taches lenticulaires disséminées, légèrement saillantes dans leur totalité, jaunâtres, à surface inégale par suite de la saillie plus considérable de leur partie périphérique, dont le plus grand nombre sont un peu onctueuses au toucher. Les cheveux correspondants à ces taches sont très peu éclaircis et résistent normalement à la traction. Avec l'ongle, on parvient facilement à enlever le revêtement sébacéo-corné des petites taches, et le cuir chevelu se présente avec sa couleur normale sans qu'il se produise de suintement sanguin. Dans la région sous-occipitale, à un examen attentif, nous avons pu découvrir une très petite saillie cornée, plate, traversée à son centre par un cheveu. En enlevant avec l'ongle la partie superficielle de la saillie, on constatait un très petit cercle entourant un orifice folliculaire.

Visage. — La partie inférieure du front et les paupières sont complètement épargnées ; il n'y a qu'un petit nombre de lésions disséminées sur la moitié externe des sourcils, sur les joues, tant sur leur portion glabre que sur leur portion velue, et sur la partie supérieure de la lèvre supérieure. Au contraire, les lésions sont plus nombreuses et rapprochées sur le nez, la région préauriculaire droite et les pavillons des oreilles, surtout le gauche.

Les rares lésions des joues et des sourcils, au nombre de 8 en tout, sont sublenticulaires ou lenticulaires et reproduisent les caractères décrits dans la partie antérieure, alopécique du cuir chevelu ; dans la région préauriculaire droite, les lésions, groupées au nombre de 4, sont plus larges, polycycliques, rappelant le dessin d'une carte géographique ; elles sont atrophiques à leur centre, elles ont la couleur de la peau normale, quelques-unes sont légèrement hyperhémiées ; la bordure qui les limite est inégale, presque granuleuse, interrompue en quelques points, repose sur une base un peu saillante et manifestement hyperhémique sur presque toutes les taches.

Sur les pavillons des oreilles, les lésions, modérément nombreuses, sont polycycliques et irrégulières, mais, contrairement aux précédentes, elles sont peu apparentes, présentent une atrophie de l'aire centrale à peine appréciable et un relief périphérique minime, presque uniforme sur quelques-unes, formé sur la plupart de petits grains cornés disposés en série. Au contraire, les très rares taches du bord du pavillon, principalement à gauche, sont rendues beaucoup plus apparentes par la présence d'amas cornés qui occupent, non seulement la zone périphérique, mais aussi une partie de l'aire que celle-ci limite.

A l'examen du nez, on note un groupe de 4 petites taches lenticulaires plus ou moins rondes, à bordure mince et bien marquée, dont le centre est légèrement atrophique ; ce groupe occupe la région de la glabelle à gauche et en bas, tandis que sur la partie moyenne du dos du nez, sur le lobule et sur la narine gauche, on note 2 taches nummulaires, polycycliques, dont la supérieure, beaucoup plus distincte, avec un bourrelet très net, est un peu irrégulière par suite de la présence de petites saillies cornées, et présente

une aire incluse atrophique et pâle ; la tache inférieure au contraire, a des limites peu précises, sauf sur une petite partie de son étendue en haut, et toute son aire incluse, tout en étant le siège d'une atrophie à peine appréciable, présente un grand nombre de petites saillies toutes semblables et presque équidistantes, d'un jaune brunâtre ; lorsqu'on les a enlevées avec l'ongle, il est facile de constater qu'elles obturaient, à la manière d'un bouchon, les orifices folliculaires modérément élargis ; enlevées et écrasées entre les doigts, elles apparaissent formées par un mélange de substance cornée et de matière sébacée.

Plusieurs saillies analogues, mais moins évidentes, sont disséminés sur les pommettes, où elles ne sont pas incluses dans des taches annulaires.

Membres supérieurs. — Les mains sont seules intéressées et, des deux côtés, les lésions occupent exclusivement la face dorsale ; elles sont plus nombreuses sur les métacarpiens et assez peu nombreuses sur les doigts. On en compte 15 sur la région des métacarpiens des deux mains, 5 sur les doigts de la main gauche et 7 sur les doigts de la main droite. L'annulaire et le pouce droit, le médius gauche sont respectés.

Le plus grand nombre de ces taches sont en forme de gouttes ou même de la largeur d'une pièce d'un centime, mais quelques-unes sont lenticulaires ou sublenticulaires, presque toutes sont arrondies, quelques-unes sont polycycliques. Les plus grandes occupent de préférence le dos des régions métacarpiennes et les plus petites le dos des doigts.

Elles ont une coloration rouge-brun et, tout en présentant un aspect modérèment atrophique, sont les unes au même niveau que la peau saine du voisinage, les autres déprimées, d'autres encore légèrement saillantes ; sur ces dernières, la surface, au lieu de paraître lisse comme sur les autres, est inégale et en partie recouverte de squames. La bordure sur le plus grand nombre de ces taches est nette, régulière, cornée, avec un sillon plus ou moins apparent ; sur quelques-unes, il y a une petite lamelle cornée bien distincte qui s'insère sur le fond du sillon.

Sur le dos du 2e métacarpien gauche, on voit un petit cylindre corné haut de 2 millimètres, et mesurant également 2 millimètres de diamètre environ ; après avoir enlevé ce cylindre, on voit qu'il est excavé au niveau de son implantation et il laisse à découvert une petite saillie légèrement convexe rougeâtre, à surface inégale, presque papillomateuse, circonscrite par une dépression linéaire.

Organes génitaux. — Une petite tache lenticulaire avec un fond hyperhémique, légèrement saillante en totalité, avec un bord peu élevé, et une aire incluse légèrement atrophique se voit à droite du raphé, au milieu de la hauteur de la verge ; 3 petites taches, sublenticulaires, disposées en groupe, présentant les mêmes caractères que la précédente, siègent à l'angle scroto-pénien.

On voit, au contraire, de nombreuses lésions sur le scrotum, qui n'est indemne que dans la partie qui vient s'appliquer contre les cuisses ; ces lésions se disposent de préférence en groupes. De dimensions très variées, les unes lenticulaires, les autres nummulaires, elles sont tantôt arrondies, tantôt irrégulières et de configuration très bizarre, en forme de feuille de trèfle, de feuille de lierre, etc. Leur couleur ne diffère pas de la

couleur rouge-brun de tout le scrotum et même l'aspect de la zone centrale, qui présente des sillons et des saillies affectant toutes les directions, reproduit exactement celui de la peau saine du voisinage. La bordure est constituée par une sorte de mince fil jaunâtre, qui repose sur une étroite zone un peu plus saillante que le reste de la tache et mesurant environ 1 millimètre de large. Une tache de forme elliptique très allongée (3 centimètres de long sur environ 1 centimètre de large) à droite du raphé scrotal et parallèlement à celui-ci, présente un notable épaississement corné de la bordure, surtout dans sa moitié postérieure.

Quelques lésions très petites, disséminées sur la face antérieure du scrotum, méritent une mention spéciale. L'une d'elles, uniquement représentée par un relief mesurant à peine 1 millimètre de large et haut de 4 millimètres, cylindro-conique, recourbé comme un ongle d'oiseau, d'aspect et de consistance cornés, repose sur la peau d'apparence normale ; en le pressant latéralement, on peut l'incliner dans tous les sens sans qu'il se détache, il semble solidement fixé ; 3 autres lésions ont l'aspect de saillies miliaires, de 1 millimètre de haut, aplaties, entourées d'une mince collerette ayant à peu près la même hauteur que la saillie qu'elle renferme ; saillie et collerette ont l'aspect corné ; la peau environnante ne présente pas de modifications apparentes.

Sur la région périnéale, on compte une dizaine de taches, la plupart nummulaires, quelques-unes se touchant ou même partiellement confondues par suite de l'effacement très notable de leurs points de rencontre, forment une sorte de couronne autour de l'anus, dont elles sont séparées par une distance d'environ 1 centimètre ; ces taches présentent un bord assez large, corné, inégal par suite de la présence de saillies verrucoïdes.

Dans les régions inguino-scrotales et dans l'étroite zone périanale limitée en dehors par les taches ci-dessus décrites, la peau est rouge, en partie légèrement suintante, en partie desquamée et légèrement infiltrée.

Membres inférieurs. — Rien à noter sur la cuisse droite ; sur la cuisse gauche, au contraire, on trouve 2 petites taches, dont l'une, sublenticulaire, correspondant au bord supérieur de la rotule, et l'autre, à peine de la dimension d'une goutte, est située à 2 travers de doigt au-dessus de la précédente ; la première a une surface plane avec une légère desquamation, la seconde présente une bordure très fine entourant une aire manifestement atrophique.

Jambe droite. — Deux petites taches lenticulaires siègent à la partie antérieure au niveau du bord inférieur de la rotule, et une, sublenticulaire, un peu plus bas et en dedans. Elles ont un niveau un peu plus élevé que la peau du voisinage et sont légèrement squameuses sur toute leur surface, de coloration blanc sale. En enlevant partiellement avec l'ongle le revêtement squameux de ces taches, on constate qu'une mince bordure blanchâtre entoure une aire centrale très légèrement atrophique.

A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la même jambe, on voit à la partie antérieure une petite tache lenticulaire et à la partie interne une tache de 1 centimètre de large, toutes deux ont une aire centrale à peine atrophique et une bordure très mince. Dans l'aire centrale de la 2e, se voit, à la manière d'une île, une très petite tache annulaire

reproduisant en miniature les caractères de celle dans laquelle elle est incluse. Une 3e tache, occupant le côté postéro-externe, ne dépasse pas la largeur d'une lentille, est saillante en totalité, calleuse et a l'aspect d'une petite corne cutanée, comme celle qui a déjà été décrite sur la face dorsale de la main gauche.

Jambe gauche. — Elle est aussi le siège de taches petites et peu nombreuses : 4, toutes lenticulaires, occupent son tiers supérieur, 3 d'entre elles sur le côté de l'extension, et 1 sur le côté de la flexion; 2 occupent la limite du tiers moyen et du tiers inférieur, l'une antérieure, lenticulaire, l'autre sur le côté interne, nummulaire. Elles ont toutes une aire centrale légèrement atrophique et une bordure blanchâtre peu saillante.

Pied droit. — Une grosse tache nummulaire et irrégulière occupe la partie moyenne du cou-de-pied. Elle est atrophique à sa partie centrale, va en se relevant vers la périphérie pour se continuer avec le relief marginal, qui est notablement calleux, avec un sillon bien marqué et une petite lamelle cornée qui le parcourt. 4 taches occupent le dos du pied, 2 sur le côté externe et 2 sur l'interne, de la largeur d'une pièce de 2 centimes à celle d'une petite goutte, et sont d'un blanc sale, légèrement saillantes en totalité, avec une surface légèrement squameuse. Une petite tache lenticulaire, placée sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du 2e orteil, est fortement calleuse dans toute son étendue et rappelle celle qui a été décrite sur le dos du 2e métacarpien gauche. Ici encore, lorsqu'on a enlevé la saillie cornée, on voit une surface saillante, un peu rouge, irrégulière et papillomateuse.

Dans la région plantaire, il y a une seule petite tache au voisinage de son bord externe, correspondant à l'interligne articulaire tarso-métatarsien; cette tache est lenticulaire, sous forme d'une saillie dure, jaunâtre, assez douloureuse à la pression, qui pourrait être prise pour une callosité vulgaire; mais lorsqu'on enlève la saillie à sa base au moyen d'un rasoir on voit une lésion en forme de biscuit, sur laquelle on constate assez nettement le sillon limitant.

Pied gauche. — Sur ce pied, les lésions occupent exclusivement la région dorsale. 7 taches, très voisines les unes des autres, se trouvent sur le cou-de-pied, deux lenticulaires, deux en gouttes, 3 nummulaires, quelques-unes arrondies, d'autres, les plus grandes, polycycliques et irrégulières. Deux d'entre elles reproduisent parfaitement les caractères de l'unique tache qui occupe le cou-de-pied droit, tandis que les autres taches, et même qu'une tache nummulaire polycyclique occupant la malléole interne et 2 taches en gouttes irrégulières, situées sur le dos de la région métatarsienne, reproduisent les caractères des lésions constatées sur le dos du pied droit.

Une tache nummulaire, irrégulière, polycyclique, recouverte de squames très développées sur toute son étendue, entourée d'un sillon très visible surtout en quelques points de sa circonférence, occupe le côté externe du calcanéum et est assez douloureuse. Sur les orteils, il n'y a qu'une tache, occupant la face interne du 4e orteil au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne; cette tache, lenticulaire, est blanchâtre et recouverte d'épiderme macéré dans sa moitié inférieure, dure, cornée, avec un bord assez saillant dans sa moitié supérieure.

Il est à noter que le tiers inférieur des jambes et les pieds sont un peu œdémateux, et que la peau, de couleur rouge foncé légèrement violacé, est le siège d'une légère desquamation.

Les taches qui occupent ces régions, surtout celles qui sont peu calleuses, ont, elles aussi, une coloration rouge foncée et quelques-unes ont même une coloration plus intense que la peau environnante.

Aucun ongle n'est déformé.

Muqueuses. — Toutes les dents sont tombées et il y a une involution très avancée du bord alvéolaire. Toute la muqueuse buccale a une coloration rose pâle et un aspect tout à fait normal; cependant, à un examen attentif, on constate la présence de 3 petites taches, bien circonscrites, dont 2 occupent la face interne des joues, une de chaque côté et une la voûte palatine.

Celle qui occupe la joue droite est située au milieu de celle-ci, un peu au-dessus du sillon interdentaire, elle est sublenticulaire, arrondie, à surface lisse, très légèrement déprimée, opaline au centre, d'un blanc opaque à la périphérie, avec une bordure nette et à peine saillante.

Celle qui occupe la joue gauche, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, assez près du cul-de-sac supérieur, a la dimension d'une grosse lentille, elle est arrondie, à bords sinueux. Contrairement à la précédente, elle est limitée par une saillie d'un blanc opaque, très mince, semblable à un fil sinueux; l'aire interne est légèrement et uniformément opaline.

La petite tache de la voûte palatine est située à la partie antérieure de celle-ci, dans une des dépressions digitées et un peu à gauche; elle est sublenticulaire, également arrondie, légèrement saillante en totalité, en forme de calotte, opaline, circonscrite par un étroit sillon.

A la partie postérieure de la voûte palatine, on voit de simples dépressions punctiformes, d'un rouge sombre, en petit nombre, disséminées, dont quelques-unes sont entourées d'une étroite couronne très légèrement opaline.

Le 12 janvier, on enleva les 3 taches de la muqueuse, on les fixa dans l'alcool absolu et on les colora en masse au carmin lithiné; elles ont été incluses dans la paraffine et coupées en série continue.

Le 15 janvier, on enleva les 4 petites taches miliaires du scrotum; 3 furent fixées dans l'alcool et une dans le liquide de Flemming. Les premières furent colorées en masse au carmin lithiné, les autres colorées sur coupes à la safranine. L'inclusion des premières a été faite dans la paraffine et toutes ont été coupées rigoureusement en série.

Obs. IV. — Agathe Bell..., née Del C..., âgée de 77 ans, originaire de Pontaserchio, couturière, affirme que dans sa famille son père seul, qui est mort à un âge avancé, avait été atteint dans sa jeunesse d'une affection cutanée identique à la sienne, localisée presque exclusivement aux mains et aux pieds, et que les lésions plantaires, dont il était porteur, lui rendaient la marche douloureuse. Elle n'a jamais su qu'aucun autre de ses parents fût atteint d'une maladie semblable.

Elle-même est l'aînée de neuf enfants et la seule survivante, les autres sont tous morts en bas âge de maladies qu'elle ne peut indiquer. Elle ne se rappelle pas avoir jamais souffert de maladies de quelque importance.

Mariée à l'âge de 21 ans, elle a eu cinq enfants, dont le premier et le cinquième sont morts à moins d'un mois ; il lui reste deux fils et une fille ; celle-ci et le deuxième des fils sont atteints actuellement de la même maladie que leur mère. Son mari, qui aurait été indemne, est mort de catarrhe intestinal chronique à l'âge de 83 ans.

La malade était âgée de 35 ans quand elle commença à remarquer quelques petites taches sur les mains, presque simultanément à droite et à gauche ; ces taches se sont multipliées dans la suite avec une grande lenteur.

Peu après l'apparition des premières lésions sur les mains, il commença à s'en manifester sur le pied gauche et, beaucoup plus tard, quand ce pied en présentait déjà le nombre qu'on peut actuellement y constater, on vit s'en produire aussi sur le pied droit.

Depuis plusieurs années déjà, la malade n'aurait plus constaté l'apparition de nouvelles taches sur la peau. Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements plus précis.

Tandis que les lésions des mains ne causent pas à la malade de gêne appréciable, au contraire celles des pieds et plus particulièrement quelques-unes d'entre elles sont douloureuses, surtout sous l'influence de la pression de la chaussure.

La malade n'avait aucune notion de l'existence des légères lésions qu'elle porte sur le visage, ni de celles de la muqueuse buccale.

Obligés d'examiner cette malade dans sa maison, dans une chambre qu'elle partageait avec les autres personnes de sa famille (18 janvier 1898), nous avons été forcés de limiter notre examen à la tête, aux mains et aux pieds, en déterminant le siège des lésions sur les diverses régions et leurs caractères principaux, sans avoir la possibilité d'en recueillir une description très détaillée.

Au visage, les lésions consistent en saillies peu nombreuses et très petites représentées par une partie centrale en forme de cône tronqué, et une très mince collerette séparée de la partie centrale par un mince sillon.

Aux mains, au contraire, les lésions sont assez nombreuses ; on en voit une trentaine sur la main droite et une vingtaine sur la main gauche, occupant presque exclusivement leur face dorsale, principalement dans la région métacarpienne ; ces taches sont toutes annulaires, les unes lenticulaires, les autres en gouttes, toutes présentent une aire centrale assez calleuse et légèrement concave et ont pour limite une mince saillie, ou un sillon limité en dehors par une légère saillie cornée, qui s'abaisse progressivement vers la périphérie. Sur le sillon on peut rarement distinguer une petite lamelle qui s'élève isolément de son fond et où on ne l'aperçoit souvent pas au premier abord, on peut la rendre assez évidente en écartant les lèvres du sillon et en le pressant par places dans le sens de sa longueur ; alors la lamelle cornée se détache çà et là de la circonférence de l'aire centrale, à laquelle elle adhérait modérément.

Sur les régions palmaires, on constate cinq ou six taches annulaires très peu larges, à caractères très atténués.

Aux pieds, au contraire, on trouve sur leur face dorsale quelques taches nummulaires ou en gouttes, à bordure assez calleuse et à aire centrale

atrophique. L'une d'elles en goutte, arrondie, occupant la limite interne de la voûte plantaire du pied droit, mérite une mention, en raison de ce qu'elle est très saillante en totalité et recouverte sur toute sa surface de saillies calleuses analogues à des dards.

La malade se plaint uniquement de douleurs aux pieds, et particulièrement au niveau de la dernière lésion décrite, douleurs provoquées par la pression, spécialement dans la marche et aussi survenant spontanément.

Sur la muqueuse buccale, on ne constate que trois petites taches miliaires, formées chacune par une saillie opaline, plate, entourée d'une zone rouge vif, assez large relativement aux dimensions des taches. Ces taches occupent toutes les trois la voûte palatine, deux sont situées à droite du raphé et une à gauche.

Obs. V. — Torello Bel..., fils du sujet de l'observation précédente, originaire de Pise, âgé de 48 ans, célibataire, journalier, n'a jamais eu de maladies vénériennes et ne s'est jamais aperçu de symptômes qui puissent faire penser à une infection syphilitique. A 17 ans, il a été atteint d'un érysipèle du visage et peu après d'une varioloïde. Il y a environ un an, il a été opéré d'hémorroïdes. Il fume modérément et ne boit pas.

L'affection cutanée pour laquelle il est resté quelques jours à la Clinique dermo-syphilopathique de Pise au mois de janvier 1893 (1) a débuté à l'âge de 18 ans, sur le pied droit, où, dans l'espace de quatre ans, il s'est produit successivement onze taches, quelques-unes presque simultanément, d'autres à intervalle d'un an environ; ces taches laissaient intacts la région plantaire et les orteils. C'est seulement quelques années plus tard, peut-être dix ans environ après l'apparition des dernières taches sur le pied droit, qu'ont commencé à apparaître d'autres taches sur le pied gauche et il s'en produisit quatre dans l'espace d'environ trois ans ; d'autres se montrèrent beaucoup plus tard. Sur ce pied, comme sur l'autre, la région plantaire et les orteils ont été épargnés. Sur les deux mains, les lésions se sont produites presque simultanément, vers l'âge de 20 ans, et elles se sont succédé sans long intervalle ; il s'est développé, en effet, à intervalle de quelques mois ou d'un an les unes des autres, quatorze taches sur la main droite et sept sur la main gauche. Sur les mains aussi, elles se sont limitées à la face dorsale, à l'exception de quelques petites taches survenues très récemment, après qu'il s'était passé quatre ou cinq ans depuis l'apparition des dernières taches.

Également au moment du premier début de la maladie, il s'est produi- une petite tache sur la face postérieure de la jambe gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, et une autre sur la face interne de la cuisse droite, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

Sur le visage, les premières taches se sont manifestées vers l'âge de 30 ans, d'abord sur le nez, puis, successivement, à courts intervalles, sur les joues, les lèvres et les pavillons des oreilles.

(1) L'observation de ce malade figure sous le numéro 6 dans le premier mémoire de l'un de nous. Comme, à cette époque, il en a été fait, pour ainsi dire, à peine mention, nous profitons de l'occasion que nous avons de la donner avec plus de détails et d'y ajouter la description clinique des lésions tant de la peau que des muqueuses.

Le malade assure que les diverses lésions, qui se sont élargies très lentement et qui se sont arrêtées dans leur développement à des dimensions très variables, ont toutes persisté, excepté les deux premières, qui occupaient le côté externe du pied droit ; ces taches, qui avaient atteint la dimension d'une pièce de deux centimes, disparurent trois ans environ après leur apparition.

État actuel (16 janvier 1898). — Développement du squelette et des muscles normal, pannicule adipeux peu épais, nutrition générale peu développée, peau brune, cheveux châtain foncé, tachetés de blanc.

L'affection cutanée occupe de préférence le visage, les mains et les pieds (presque exclusivement sur leur face dorsale) et quelque peu aussi le cuir chevelu et le scrotum.

Sur le *visage*, les parties spécialement intéressées sont le nez et les pommettes. Dans ces régions, les taches, au nombre de trente environ, sont très petites, un très petit nombre de la dimension d'un grain de mil, le plus grand nombre sublenticulaires, de formes variées, arrondies et irrégulières ; leur bordure est très évidente, mais n'est pas toujours continue et est de hauteur inégale ; elle a une coloration brun jaunâtre ; la dépression centrale, punctiforme sur les taches les plus petites, présente un aspect atrophique plus ou moins prononcé sur les plus grandes. Une très petite tache, développée sur le dos du nez, forme une saillie conique à peine marquée, entourée d'une mince collerette, l'une et l'autre sont jaunâtres, d'apparence et de consistance cornées. Sur la lèvre supérieure, on remarque deux petites taches arrondies, lenticulaires, alopéciques et hypochromiques, qui ont une apparence atrophique marquée. Des deux pavillons des oreilles, le droit est seul intéressé et présente trois petites taches également lenticulaires, situées le long de son bord, à bordure calleuse, à aire centrale assez atrophiée.

Sur le *cuir chevelu*, on voit un très petit nombre de petites taches lenticulaires, sensiblement atrophiques et alopéciques, au niveau desquelles les orifices folliculaires sont peu ou pas visibles ; ces taches ne sont pas pigmentées, et sont le siège d'une légère desquamation pityriasique, qui s'observe d'ailleurs à un léger degré sur tout le cuir chevelu, lequel présente une légère alopécie sénile précoce.

Au *cou*, les rares petites taches que l'on y voit, occupent de préférence la région postérieure et sont le siège d'une atrophie superficielle, avec une bordure très mince ; elles sont si peu développées qu'elles passeraient inaperçues, sans un examen très attentif fait à jour frisant et en tendant la peau, qui est chez ce malade très brune et sillonnée dans cette région de plis profonds.

A la *main droite*, on compte quatorze taches, parmi lesquelles une seule occupe la face palmaire. Celles qui sont développées sur le dos de la main sont ainsi distribuées : trois très rapprochées les unes des autres, en gouttes, annulaires, sont situées le long du bord radial du premier métacarpien ; deux ont une aire centrale déprimée et une bordure légèrement calleuse, une au contraire est un peu calleuse même dans son aire centrale. Deux, très rapprochées l'une de l'autre, dont une miliaire et une sublenticulaire, à bordure à peine saillante, divisée longitudinalement par

un sillon peu marqué et ayant une aire centrale un peu atrophique, sont situées entre le troisième et le quatrième métacarpiens.

Une tache ovalaire allongée, mesurant environ 2 centimètres de long et 1 centimètre de large, à bord très large et calleux, avec un sillon assez prononcé et une aire centrale atrophique, se voit sur le bord cubital du cinquième métacarpien.

Deux taches lenticulaires très voisines, dont l'une est un peu plus large que l'autre, à bordure un peu moins calleuse que la précédente, occupent la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Sur le dos de l'articulation phalango-phalangienne du médius et un peu sur son bord externe, on voit une tache à direction oblique, plus grande que toutes les autres, longue d'environ quatre centimètres et large d'un centimètre et demi, avec une bordure très calleuse et irrégulière sur laquelle existe un sillon évasé, et une aire centrale également calleuse, mais à un degré un peu moindre que la bordure. Au voisinage de cette tache, il y a une petite tache lenticulaire légèrement calleuse sur toute son étendue. Le dos de l'articulation phalango-phalanginienne de l'annulaire présente deux petites taches voisines l'une de l'autre, l'une miliaire et l'autre lenticulaire, avec une bordure légèrement calleuse et uniforme et une aire atrophique. Sur le bord cubital de la phalangine de l'auriculaire, il y a une petite tache lenticulaire légèrement calleuse dans toute son étendue, avec une bordure saillante et un sillon assez prononcés.

La seule tache de date très récente, qui occupe la face palmaire de la main, à la base de l'éminence thénar, quoiqu'elle dépasse à peine la dimension d'un grain de mil, laisse voir une petite saillie arrondie, jaunâtre, cornée, entourée d'un étroit sillon et, en dehors de celui-ci, d'une zone calleuse plutôt large.

Main gauche. — On voit sept taches disséminées sur le dos de cette main; l'une d'elles est en goutte, réniforme, avec une bordure légèrement calleuse, correspondant à l'extrémité inférieure du troisième métacarpien. Deux taches lenticulaires, l'une un peu plus large que l'autre, à bords légèrement calleux, occupent l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Deux autres taches voisines, l'une sublenticulaire, l'autre lenticulaire, identiques aux précédentes, siègent sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Sur le bord radial de ce doigt, on voit aussi deux petites taches voisines l'une de l'autre, un peu plus calleuses que les précédentes.

Poignet gauche. — On voit sur sa face dorsale 2 taches presque lenticulaires, un peu atrophiques, à bord mince mais bien net.

Avant-bras. — Sur leur face dorsale, dans sa moitié inférieure, on distingue à peine quelques rares petites taches de la dimension d'un grain de millet ou d'une lentille, à bord très mince, que l'on peut enlever avec l'ongle, comme on ferait d'un fil collé sur la peau et qui laisse à sa place une marque linéaire légèrement hyperhémique.

Pied droit. — A son extrémité antérieure, sur le côté externe du premier métatarsien, à peu de distance l'une de l'autre, au point où le malade affirme qu'il a constaté les deux premières lésions, on voit 2 aires d'un rouge brun, hyperhémiques, très légèrement atrophiques.

Sur le dos du pied, il y a un groupe de 4 taches, dont 3 sont nummu-

laires et une lenticulaire, irrégulière, à bordure très nette, implantée sur une base rouge brun, avec un sillon et un liséré bien nets, et une aire centrale atrophique.

Dans la région sous-malléolaire externe, en remarque 2 taches nummulaires, irrégulièrement arrondies, tangentes l'une à l'autre ; leurs bords sont fortement calleux, hauts de 7 à 8 millimètres, anfractueux avec des saillies cornées semblables à des aiguilles et occupant les trois quarts de la circonférence de l'une de ces taches, la circonférence entière de l'autre. On trouve sur ce bord un sillon à peine visible sur quelques points de son étendue ; l'aire centrale de ces taches est atrophique. En coupant la bordure calleuse à la moitié environ de sa hauteur et assez loin de sa base, on remarque que certains points donnent issue à des gouttelettes de sang.

En arrière de ces taches, sur le bord externe du calcanéum, il y a une tache, également nummulaire, irrégulièrement arrondie, calleuse dans toute son étendue, déprimée à sa partie centrale, entourée d'un sillon et d'une petite lamelle qui s'élève de son fond.

Une tache presque nummulaire, dont la forme assez bizarre rappelle celle d'un biscuit recourbé sur lui-même, siège en avant de la malléole interne : elle a une aire centrale atrophique et une bordure uniforme, très nette, mais peu saillante.

Enfin, le long de la partie moyenne du bord interne de l'arcade plantaire, il y a une tache allongée, en 8 de chiffre, mesurant 5 centimètres sur 1 centimètre et demi, à bord large et fortement calleux, qui laisse voir seulement sur quelques points un sillon assez distinct. L'aire centrale, également très calleuse, se continue avec la callosité du bord.

Pied gauche. — Sur le cou-de-pied, on voit une tache, grossièrement quadrangulaire, de 2 centimètres et demi sur 1 centimètre et demi, reproduisant les caractères du groupe de taches de la région correspondante du pied droit.

Une autre tache, en goutte, à bordure mince, régulière, est située en dehors de la précédente.

Au niveau de la tête du premier métatarsien, existent 2 taches, l'une lenticulaire, l'autre en gouttes, avec un bord légèrement calleux, un sillon et un liséré bien marqués.

Deux taches en gouttes, occupant l'une la face dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième doigt et l'autre la face dorsale du premier métatarsien, ont une aire centrale atrophique et un bord légèrement saillant et régulier.

Au voisinage de la dernière de ces 2 taches, dans la région sous-malléolaire externe, une petite tache apparue depuis moins d'un mois est constituée par une petite saillie cornée lenticulaire et repose sur une large base calleuse, comme celle qui est développée, sur la main droite, à la base de l'éminence thénar.

Sur tout le reste des membres inférieurs, on trouve 2 lésions, l'une représentée par une atrophie très superficielle, à peine appréciable, de la dimension d'une pièce de 1 centime, occupant la face postérieure de la jambe gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, et une tache

en goutte, annulaire, à bordure très mince et à aire centrale légèrement atrophique, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse droite.

Scrotum. — Sur sa face antérieure, on constate 5 taches nummulaires, de forme bizarre, à ourlet mince, régulier, grisâtre, et dont l'aire centrale est d'aspect légèrement atrophique ; sur 2 de ces taches, l'ourlet est entouré en dedans et en dehors d'une étroite zone hyperhémique.

Muqueuse buccale. — On y note seulement trois petites taches : deux en dedans de la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, miliaires, à bordure très mince et dont l'aire incluse ne diffère pas de l'aspect de la muqueuse saine de voisinage, une troisième tache, en goutte, irrégulièrement arrondie, dont la bordure saillante annulaire est assez prononcée, d'un blanc opaque, uniforme, et dont l'aire centrale est quelque peu opaline.

En ce qui concerne les symptômes subjectifs, le fait le plus important est la douleur assez forte que le malade éprouve par la pression de la chaussure et qui parfois le met dans l'impossibilité de se chausser.

Mais il est nécessaire d'ajouter que la douleur se produit souvent aussi lorsque la malade est au repos, même dans le lit, elle présente le caractère d'une douleur aiguë et intermittente au niveau des lésions, avec sensation de brûlure générale aux pieds, et le malade n'éprouve de soulagement qu'en découvrant les pieds. Il est moins tourmenté par cette douleur en hiver ou quand, pour son travail (il va souvent pêcher), il reste des heures les membres inférieurs dans l'eau.

Les lésions qui occupent les autres régions ne déterminent de troubles d'aucune sorte.

Les lésions de la muqueuse buccale n'ont jamais été constatées par le malade.

Le malade a été revu récemment, six mois environ après sa première visite de cette année. Nous avons remarqué que la petite tache de date récente qui occupait la base de l'éminence thénar droite a un peu augmenté ; sa portion moyenne, entourée par le sillon, qui mesurait environ la dimension d'un grain de mil, a atteint à peu près celle d'une lentille.

Le 18 janvier 1898, on a enlevé sur le dos du nez la saillie conique large à peu près comme un grain de mil, entourée d'une très mince collerette, qui a été décrite dans l'observation.

Obs. VI. — Augusta Bell..., sœur du sujet de l'observation précédente, âgée de 42 ans, ménagère, n'a fait aucune maladie importante. L'affection cutanée actuelle daterait de deux ans seulement.

La malade, femme bien conformée et bien développée, présente un embonpoint modéré, des cheveux noirs, la peau brune, les muqueuses rosées.

L'examen objectif, que nous avons été obligé de faire dans sa maison et d'une façon très sommaire (18 janvier 1898), a dû se limiter à la tête, aux mains et aux avant-bras. Du reste, elle nous a répété qu'il n'y a aucune lésion sur les autres parties du corps. Rien à noter sur le visage, sauf quelques petites saillies, sans caractères nous permettant de nous convaincre qu'elles appartiennent à l'affection.

On ne constate rien sur le cuir chevelu, sur le cou, ni sur les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale.

Les lésions sont limitées aux mains, et sont toutes de dimensions très restreintes.

Elles présentent la distribution et les caractères suivants :

Main droite. — Trois taches, de la dimension d'un grain de mil, occupant le dos de la première phalange du pouce, sont caractérisées par un mince sillon annulaire, entourant une minime saillie mousse, cornée et entourée à son tour par un léger soulèvement de la peau ayant lui aussi l'aspect et la consistance de la corne. Une tache analogue se voit sur le dos de la première phalange du médius et une sur l'auriculaire, de dimensions peut-être un peu moindres, mais plus nettement calleuse.

Main gauche. — On y voit 2 taches analogues à celles qui viennent d'être décrites, l'une sur le bord radial de l'éminence thénar près de sa base, et une un peu plus calleuse sur le bord interne de la pulpe du pouce.

Sur la paume des 2 mains, on constate en tout 5 taches, 2 à droite et 3 à gauche, submiliaires, presque imperceptibles, mais néanmoins appartenant indubitablement à l'affection, car elles sont constituées par une légère saillie entourée d'un petit sillon, lequel est entouré d'une légère saillie qui s'abaisse progressivement vers sa partie externe.

La malade n'accuse pas de troubles importants ; elle éprouve seulement par moments un léger prurit au niveau des taches et une douleur modérée au niveau de la lésion de la pulpe du pouce gauche, au cours de ses travaux manuels. Elle n'avait pas remarqué la présence des petites lésions des paumes des mains, ni celle des lésions de l'auriculaire droit.

Famille Bell....

Laurent Del C..., †.

|

Agathe Del C... (seule atteinte des neuf enfants), mariée à Bell...

|

Pellegrino Bell... (enfant mort à 10 jours); Auguste Bell..., **Torello Bell...**;

Augusta Bell...; Sabatino Bell... (enfant mort à 20 jours).

Obs. VII. — Faustin Din..., fils de Faustin, originaire de Vicarello di Colle Salvetti, province de Pise, âgé de 22 ans, cultivateur, s'est présenté à l'Ambulatoire de la Clinique le 19 mai 1898.

Dans les antécédents, il n'y a rien qui mérite d'être rapporté, si ce n'est l'affirmation du malade que lui, dernier d'une famille de 5 enfants, n'est pas le seul de sa famille qui soit atteint de l'affection cutanée pour laquelle il réclame nos conseils.

En ont été atteints sa grand'mère paternelle et son père, ainsi que deux oncles paternels et un frère aîné. Un autre frère et une sœur, tous deux vivants, en seraient exempts. Un frère, mort à l'âge de 10 mois, ne pré-

sentait pas de lésions cutanées qui puissent être rapportées à l'affection dont nous nous occupons ici.

Au sujet de la grand'mère paternelle et du père du malade, nous avons appris que, chez la grand'mère, l'affection était modérément développée sur le visage et que, chez le père, elle était exclusivement localisée sur le dos de la main gauche. Quant au frère atteint de la maladie et aux deux oncles paternels, que nous avons été voir dans leur maison, sans pouvoir procéder à un examen très complet de la surface cutanée, nous rapporterons succinctement plus loin leurs observations.

Chez notre malade, l'affection semble avoir débuté il y a à peu près dix ans sur le visage, par une tache occupant la paupière inférieure gauche, mais nous n'avons pu obtenir aucun renseignement précis au sujet de l'ordre dans lequel les lésions se sont succédé dans les différentes régions.

État actuel (19 mai 1898). — Le malade est un jeune homme de taille et de constitution moyennes, dont le développement osseux et musculaire est régulier, l'embonpoint suffisant, la peau assez blanche, excepté sur les parties découvertes qui ont une teinte un peu brune, les cheveux et les moustaches châtains.

L'affection occupe le visage, les mains, les téguments des organes génitaux et le pied droit.

Visage. — Sur le visage, l'affection occupe la partie supérieure et interne des joues, où elle est représentée par des éléments bien nets, au nombre d'une douzaine. En forme de gouttes, irrégulièrement arrondis, ovalaires, annulaires, à bordure mince mais assez saillante, ils ont tous une surface rouge brun notablement atrophiée, de sorte que l'affection est apparente même à distance.

Il y a lieu de mentionner spécialement une tache de la paupière inférieure gauche, la première qui se soit développée ; cette tache, qui occupe la moitié interne de la paupière, a une forme irrégulière, allongée, et présente les mêmes caractères que les précédentes ; elle atteint et intéresse une partie du bord libre de la paupière, sans cependant s'étendre jusqu'à la conjonctive. La partie intéressée du bord palpébral a subi une atrophie presque cicatricielle, est irrégulièrement rétractée et dépourvue de cils, ce qui contribue à altérer encore davantage l'aspect de la physionomie du malade.

Sur la partie moyenne du front, on voit de rares et petites taches sublenticulaires, à ourlet fin, dont l'aire incluse est à peine atrophique ; des taches identiques se voient au nombre de 4 sur le nez et en nombre égal sur le menton.

Sur le pavillon de l'oreille, au niveau de l'anthélix, il y a 2 petites taches, une de chaque côté, toutes les 2 annulaires, ne différant pas des précédentes ; celle de droite est arrondie et sublenticulaire, celle de gauche de forme ovale irrégulière et de la largeur d'une lentille.

Sur le bord libre des lèvres, on voit six petites taches sublenticulaires, les unes rondes, les autres irrégulières, dont quelques-unes sont situées sur le bord de la lèvre au voisinage de la muqueuse. Ces taches sont limitées par une mince saillie linéaire, qui n'est bien visible qu'à la loupe ; elles ont une surface plane, à peine un peu saillante, opaline ; quelques-unes

de ces taches ne peuvent être constatées qu'à un examen très attentif.

Mains. — Elles sont inégalement atteintes, les lésions sont plus nombreuses sur la main gauche dont elles occupent exclusivement la face dorsale, tandis qu'à droite on en voit également une à la partie moyenne de la face palmaire. Cette dernière est la plus large et la plus nette de toutes, elle a la forme d'un ovale assez allongé avec deux étranglements dans le sens de sa longueur, ce qui fait penser qu'elle a pu résulter de la confluence de trois taches, quoique le malade affirme qu'elle lui a toujours semblé unique. Elle mesure 5 centimètres de longueur, un centimètre et demi de largeur moyenne, est d'un blanc jaunâtre, calleuse dans toute son étendue, légèrement déprimée à sa partie centrale, tandis que sa périphérie se soulève pour former un ourlet large, presque régulier, divisé sur toute sa longueur par un sillon évasé, sur lequel s'élève par places un petit liséré corné. Sur le dos de la main, on trouve seulement deux petites taches, l'une correspondant au premier métacarpien et l'autre au premier espace interosseux ; toutes deux sont en forme de goutte, irrégulièrement arrondies, à bordure régulière peu marquée, à aire centrale un peu atrophique.

Sur le dos de la main gauche, on voit 4 petites taches présentant ces mêmes caractères, deux sublenticulaires correspondent à la première phalange du pouce, une autre également sublenticulaire correspond à la première phalange du médius et une autre, lenticulaire, à la première phalange de l'annulaire. Deux autres taches, qui ne diffèrent des précédentes que par leur saillie et l'aspect calleux de la totalité de leur surface, l'une sublenticulaire, l'autre lenticulaire, occupent le bord radial de la première phalange de l'index.

Une petite tache plus légèrement calleuse occupe le poignet gauche, au voisinage de la cicatrice plane d'une ancienne blessure.

Le médius de la main droite, par suite d'une fracture comminutive, a perdu une portion de sa phalangette et présente à son extrémité un petit ongle déformé.

Organes génitaux. — Les lésions occupent les téguments du scrotum et de la verge. Sur le scrotum on trouve quatre petites taches, occupant toute sa moitié gauche, de dimensions variant de celle d'une lentille à celle d'une goutte, les deux plus petites arrondies, les deux plus grandes irrégulières, toutes à bords sinueux, à bordure mince, élégante et à aire centrale très peu atrophique, ne différant pas de la couleur de la peau adjacente et présentant quelques poils bien développés. Sur la face inférieure du fourreau de la verge, on voit deux taches de caractères identiques, l'une de la largeur d'une lentille et ellipsoïde, occupant la partie moyenne de cette face, au niveau du raphé, l'autre un peu plus petite qu'une pièce d'un centime, située au voisinage de l'angle scroto-pénien, un peu à gauche.

Pieds. — Sur le pied gauche, qui est seul atteint, on voit une tache ovalaire sur la malléole interne, et une tache lenticulaire correspondant au bord externe du premier métatarsien ; ces taches sont analogues à celles du dos des mains, mais légèrement pigmentées.

Muqueuses. — Des muqueuses externes, aucune n'est atteinte, à l'exception du bord libre des lèvres, dont les lésions ont été décrites plus haut.

La conjonctive palpébrale du côté gauche est un peu rouge, avec une légère sécrétion muco-purulente dans le cul-de-sac inférieur.

En aucune des régions atteintes, le malade n'éprouve de sensations douloureuses et même la large tache de la paume de la main droite ne lui rend ni difficile ni douloureux le travail manuel.

C'est seulement sur la portion malade de la paupière inférieure gauche que le malade éprouve quelques sensations mal définies : c'est en raison de cette lésion et de la conjonctivite consécutive que le malade s'est rendu à l'Ambulatoire de la Clinique ophtalmologique, d'où on a eu l'obligeance de nous l'adresser.

Le 25 mai 1898, on enlève la petite tache sublenticulaire, formée par une saillie centrale aplatie, entourée d'un mince sillon superficiel, bordé lui-même à sa partie externe par une collerette dont le niveau atteint celui de la saillie centrale, lésion de coloration blanc grisâtre, d'aspect et de consistance cornés, développée sur la peau saine, sur le dos de la première phalange du médius gauche. La pièce est fixée dans l'alcool absolu, colorée en masse au carmin lithiné, incluse dans la paraffine et coupée en série.

Obs. VIII.— Thomas Din... (1), âgé de 32 ans, frère du sujet de l'observation précédente, cultivateur, marié, a 3 enfants dont le premier est âgé de 12 ans et le dernier de 8 ans ; ces enfants, d'après les affirmations du malade, ne présentent aucun signe de la maladie cutanée dont il est atteint ; nous les avons d'ailleurs vus sans pouvoir faire un examen complet de toute la surface de leur peau, et nous pouvons affirmer que les téguments de la tête, du cou, des mains et des avant-bras, des pieds et des jambes sont dans un état tout à fait normal.

Rien d'important à signaler dans les antécédents éloignés de notre malade.

En ce qui concerne la maladie qui nous intéresse et à laquelle en réalité il attache peu d'importance, il semble que son début remonte à l'âge de 12 ans, mais il ne peut rien dire sur le siège de ses premières manifestations, sur la succession de ses lésions ; il ne sait si elle progresse d'une façon continue ou par poussées, ni depuis combien de temps il n'a plus vu apparaître de lésions nouvelles.

État actuel (30 mai 1898). — Le malade se présente dans les mêmes conditions de santé générale que son frère.

En ce qui concerne les téguments, les régions intéressées sont le visage, les mains et le pied gauche.

Visage. — Chez ce malade, comme chez son frère, les lésions, qui ont d'ailleurs des caractères identiques à celles de ce dernier occupent, de préférence, la partie supérieure des joues, mais elles sont beaucoup plus nombreuses que chez le frère et leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une goutte. Elles sont également très nombreuses sur le nez et prédominent de même sur la moitié inférieure de celui-ci, y sont

(1) Nous avons été obligés d'examiner le malade dans son logement, en présence de personnes de sa famille et d'étrangers, ce qui ne nous a pas permis de le faire déshabiller complètement et d'examiner toute la surface cutanée.

assez confluentes et n'ont pas de caractères qui les différencient des précédentes. Le cuir chevelu et les pavillons des oreilles sont respectés.

Mains. — A la main droite on constate une petite tache de forme ovalaire, allongée, irrégulière, occupant une bonne partie de la face dorsale de la phalangette du médius et s'étendant jusqu'au pli sus-unguéal, sans cependant que l'ongle soit altéré. A gauche il y a 3 taches sur le dos de la main : une sur la phalangette de l'annulaire, elle aussi de forme ovalaire allongée, et s'étendant jusqu'au pli sus unguéal, mais beaucoup plus petite que la précédente ; les deux autres sont presque lenticulaires et occupent la région métacarpienne. Sur la paume de la main, on n'en voit qu'une seule, ayant la forme et les dimensions d'une lentille ordinaire, légèrement calleuse sur toute sa surface, et entourée d'un sillon plutôt large. Sur cette main comme sur l'autre, l'ongle du doigt atteint n'est le siège d'aucune altération.

Les taches des mains sont toutes annulaires, à bordure étroite, régulière, brunâtre, avec un sillon et un liséré peu apparents entourant une aire centrale légérement atrophique.

Pieds. — Au pied gauche, le seul intéressé, une tache nummulaire arrondie, à bordure plutôt épaisse, mais assez régulière, brunâtre, s'affaissant doucement de chaque côté, à aire centrale modérément atrophique, occupe la face dorsale de l'articulation tibio-tarsienne et une autre tache de la largeur d'une goutte occupe le bord interne de l'arcade plantaire ; cette dernière a une bordure assez calleuse, régulière, et une aire centrale atrophique.

Comme il n'a pas été possible de compléter l'examen du malade, nous ne pouvons rien dire sur la présence ou l'absence de lésions sur le reste de la surface cutanée ; le malade assure d'ailleurs qu'il n'en présente aucune.

Au contraire, en ce qui concerne les muqueuses externes, que nous avons pu examiner dans d'assez bonnes conditions, nous sommes en mesure d'affirmer qu'elles sont dans un état absolument normal.

Le malade n'éprouve aucun trouble en rapport avec les lésions cutanées. Même celles des pieds ne déterminent pas de gêne, ce qui tient probablement au siège qu'elles occupent.

Obs. IX. — Assomption Din... (1), âgée de 50 ans, tisseuse de toile, veuve, tante des deux malades précédents.

De même que pour ces 2 malades, nous n'avons pas relevé d'antécédents antérieurs à son affection cutanée qui méritent d'être pris en considération.

La malade rapporte que l'affection cutanée dont elle est atteinte remonte à peu d'années, et il semble, si ses déclarations sont exactes, que celle-ci s'atténue régulièrement chaque hiver dans des proportions considérables.

Elle a 4 enfants, dont l'aîné a 23 ans et le dernier 4 ans ; nous n'avons pu les voir, mais elle affirme qu'ils ne présentent rien d'anormal sur leur tégument.

État actuel (30 mai 1898). — Femme de taille normale, de constitution

(1) Cette malade a été examinée dans les mêmes conditions que le sujet de l'observation précédente.

robuste, embonpoint modéré, à peau brune, à cheveux châtain foncé, légèrement tachetés de blanc.

Les lésions cutanées qu'elle présente sont peu nombreuses, petites et peu apparentes. Presque toutes occupent le *visage*, aucune ne dépasse la dimension d'une lentille ordinaire. On en constate 5 disséminées sur le front, 8 sur le nez, 4 sur la joue droite, 6 sur la joue gauche. Une légère atrophie de la peau à leur niveau, une pigmentation un peu plus prononcée, une bordure assez mince sans sillon appréciable, tels sont les caractères qu'elles présentent.

Des *mains*, la gauche est seule atteinte par la maladie, et encore ne l'est-elle qu'à un degré peu considérable. On y constate seulement 3 petites taches sublenticulaires, annulaires, à bordure peu accusée, régulière ; deux occupent le dos de la main et la face dorsale de la phalangine de l'index.

Le cuir chevelu et le cou ne présentent rien d'anormal ; la malade ne nous a pas laissé examiner le reste de sa surface cutanée et nous a déclaré que les seules régions affectées étaient celles qu'elles nous faisait voir.

L'examen de la *muqueuse buccale* est intéressant, non par le nombre, mais par l'élégance des lésions et les grandes dimensions de l'une d'elles. On en constate 3 groupées sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et une sur la voûte palatine. Dans le groupe de celles qui occupent la lèvre se trouve la plus grande tache : de forme ovalaire, allongée, mais assez irrégulière en raison de la configuration sinueuse de son contour, à grand axe presque vertical, elle occupe presque toute la hauteur de la face interne de la lèvre, et est marquée par un bord très mince , d'un blanc opaque, presque filiforme, à peine saillant ; ce bord entoure une aire qui ne diffère de la muqueuse saine que par un très léger degré d'opalescence. A gauche de cette plaque, et tout près d'elle, se trouvent les autres taches, l'une sublenticulaire, l'autre lenticulaire, de forme assez régulièrement ronde, analogue au point de vue de la bordure et de l'aire centrale à celle qui vient d'être décrite.

Celle de la voûte palatine occupe à peu près le milieu de cette voûte, est sublenticulaire, ronde, avec un bord saillant un peu plus large, reposant sur une surface rouge, qui se confond peu à peu en dehors avec la couleur rosée de la muqueuse du voisinage.

Les autres muqueuses apparentes sont respectées.

Les lésions de la peau n'ont jamais été accompagnées d'une sensation désagréable quelconque ; il en est de même de celles de la muqueuse buccale, qui pour cette raison étaient restées ignorées de la malade.

Obs. X. — Thérèse Din... (1), de Vicarello, âgée de 65 ans, ménagère.

A une fille mariée, que nous n'avons pu voir, et deux petits enfants, les enfants de cette dernière, un garçon de 8 ans et une fillette de 12 ans ; ces enfants ne présentent ni sur la tête, ni sur les mains et les avant-bras, ni sur les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale, aucune lésion se rapportant à l'affection dont leur grand'mère est atteinte.

État actuel (30 mai 1898). — C'est une femme de constitution robuste,

(1) Cette femme a été examinée dans les mêmes conditions que les sujets des deux observations précédentes.

d'embonpoint assez bien conservé, bien conformée, dont la peau brune est un peu atrophiée en raison de son âge, à cheveux châtain foncé avec grande prédominance de cheveux blancs.

Les lésions cutanées occupent également chez cette malade le visage, les mains et les pieds ; rares sur le visage, assez nombreuses mais petites sur les mains, elles sont au contraire plus larges et moins nombreuses sur les pieds.

Rien sur le cuir chevelu.

Sur la peau du visage, on compte à peine 5 petites taches peu accusées disséminées sur le front et sur les joues, sublenticulaires, annulaires, sans base hyperhémique, avec une aire centrale à peine un peu atrophique, à ourlet mince et régulier, de couleur semblable à celle de la peau du voisinage ou un peu plus brune.

A la main droite, 8 petites taches, de la dimension d'un grain de mil à celle d'une lentille, occupent exclusivement la face dorsale de la région métacarpienne ; à la main gauche, il y a 4 taches sur la face dorsale et 3 sur la face palmaire. Toutes ces taches ont un ourlet modérément développé, avec un sillon et un liséré assez apparents.

Il est à noter que, sur la face dorsale du poignet gauche, on rencontre une petite saillie sublenticulaire, hémisphérique, à surface granuleuse brunâtre, de consistance presque fibreuse (verrue vulgaire).

Sur le pied droit, on voit, sur la face dorsale du cinquième métatarsien, une petite tache annulaire de la dimension d'une grosse lentille, à bords légèrement sinueux ; deux taches, plus grandes que la précédente, presque nummulaires, de forme irrégulière, avec des bords assez fortement sinueux, occupent la partie externe de la plante du pied.

Sur la face dorsale du pied gauche, on trouve une lésion unique, correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil, de forme ovalaire allongée, plus large que toutes les précédentes, mesurant environ deux centimètres de long sur un centimètre de large, à ourlet mince mais modérément et uniformément calleux, à aire centrale assez atrophique.

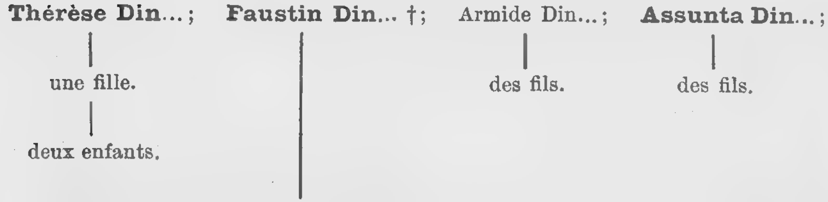
La plante des pieds présente une petite tache sublenticulaire, une autre uniformément calleuse, un peu plus large qu'une lentille ordinaire, au niveau de l'arcade plantaire, enfin une troisième également lenticulaire ayant des caractères analogues à ceux des précédentes, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil.

Cette malade, comme sa sœur, nous a assuré que le reste de la surface cutanée ne présentait aucune lésion.

Les muqueuses buccale et conjonctivale ne sont pas atteintes par l'affection ; de même, l'examen de la muqueuse nasale a été complètement négatif.

Si on excepte une légère douleur au niveau des taches de la région plantaire, dans la station verticale et pendant la marche, notre malade n'éprouve aucun trouble fonctionnel dû à la dermatose.

Famille Din...



Obs. XI. — Raphaël Sim..., originaire d'Aquilea près de Ponteamoriano, commune de Lucca, mendiant, précédemment journalier, célibataire, âgé de 70 ans.

Nous renvoyons à l'observation de ce malade qui a été publiée par l'un de nous il y a trois ans (6) et nous nous contenterons de décrire les lésions que nous avons constatées sur la muqueuse buccale de ce malade et les modifications que les lésions cutanées ont subies depuis le moment où l'observation a été publiée pour la première fois, nous basant particulièrement pour décrire ces différences sur les nombreuses photographies (visage, dos de la main droite, paume de la main gauche, jambe et pied gauches), à grande échelle et bien réussies, qui ont été faites à cette époque.

En ce qui concerne les lésions cutanées, nous pouvons dire que :

Quelques taches isolées et le plus grand nombre de celles qui occupent certaines régions ne sont pas sensiblement augmentées de dimensions ; il en est ainsi du plus grand nombre de celles qui occupent le visage et la nuque et plus encore des taches qui occupent le voisinage de quelques-uns des ongles des mains et de l'ongle du cinquième orteil gauche et de celles qui occupaient déjà la plante des pieds.

On peut par contre constater une augmentation du plus grand nombre des lésions sur presque toute la surface cutanée, les poignets, les jambes, le dos des pieds, etc. ; quelques-unes de celles qui se sont élargies ont pris une forme un peu différente de celle qu'elles présentaient, ce qui tient à ce qu'elles ne se sont pas élargies également sur tous les points de leur circonférence.

L'élargissement est très manifeste sur quelques taches, qui, de miliaires et acuminées, ont pris la dimension d'une goutte et sont devenues annulaires ou qui, étant précédemment situées près les unes des autres, sont devenues confluentes, se transformant en une seule tache polycyclique, par suite de la disparition de la bordure aux points de contact. En comparant la photographie de 1895 et le malade tel qu'il est actuellement, on constate en effet la fusion de deux taches, l'une en goutte et l'autre lenticulaire, occupant la région dorsale de la main droite, au voisinage du poignet, — la fusion de trois taches en goutte situées vers le milieu de la

jambe gauche, à sa partie externe, — la fusion de deux taches situées au-dessous de la malléole externe gauche, ainsi que la fusion d'une petite tache en goutte et d'une autre tache plus grande occupant le dos du pied gauche.

Une modification notable peut être constatée dans le degré de saillie du bord de la plus grande partie des taches dans presque toutes les régions ; l'ourlet y est plus ou moins atténué, au point de devenir à peine perceptible sur quelques taches, et cela principalement sur les taches du visage, des jambes et du dos des pieds. Avec l'aplatissement de l'ourlet de nombreuses lésions, spécialement de celles du visage, coïncide une diminution dans la coloration rouge-brun de la peau qui les entoure immédiatement et de l'aire centrale elle-même.

Des modifications semblables, et même encore plus accentuées que maintenant (juin 1898), existaient déjà au mois de juin de l'année dernière, à une époque où nous avons pu examiner le malade depuis sa sortie de la Clinique en 1895 ; à ce moment, le visage nous parut comme blanchi et à une certaine distance on aurait pu croire que la maladie s'était complètement effacée sur le visage. A un examen fait en octobre 1897, la coloration et la saillie de la bordure des lésions du visage étaient devenues un peu plus prononcées et aujourd'hui elles sont un peu plus accusées qu'en octobre.

Des cinq taches qui occupent le côté de la main gauche, à savoir les trois développées sur le médius, celle de la première phalange du pouce, et celle de l'éminence thénar, toutes, à l'exception de cette dernière, ont perdu la callosité qui occupait leur centre et présentent à leur place une surface modérément atrophique. Des modifications analogues se sont produites sur les trois taches occupant la partie externe de la face dorsale du pied gauche.

On a constaté (la photographie à la main) la disparition complète de certaines taches, à savoir une petite tache lenticulaire qui occupait le dos de la main droite, au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, deux taches sublenticulaires, situées l'une auprès de l'autre sur la face dorsale de la première phalange de l'index et du médius gauche, une tache sublenticulaire située sur le bord radial de la paume de la main gauche, au voisinage du quatrième espace interosseux. C'est sur le scrotum que les taches ont disparu en plus grand nombre ; il existait à ce niveau de nombreuses taches nummulaires, polycycliques, très élégantes, à mince ourlet blanchâtre, reposant sur une étroite base hyperhémique linéaire ; à la place de chacune des taches disparues, un examen attentif peut seul faire reconnaître une aire à peine un peu atrophique, de couleur plus pâle ou plus foncée que les parties périphériques.

On a constaté aussi la présence de taches nouvelles : le cuir chevelu, qui était auparavant indemne de lésions, présente maintenant environ une dizaine de taches sublenticulaires ou lenticulaires, arrondies, déprimées, les unes à un degré assez prononcé, les autres à un léger degré, d'autres d'une façon à peine appréciable ; ces taches sont alopéciques ou presque alopéciques, quelques-unes d'un rouge-brun, d'autres de la même couleur que les parties adjacentes du cuir chevelu. Elles sont

disséminées sans prédominance sur une région donnée, sont peu ou pas squameuses, ou sont recouvertes d'une couche sébacée squameuse plus ou moins épaisse, ne sont pas entourées d'un véritable ourlet, mais quelques-unes seulement sont entourées de squames linéaires sous forme d'anneau.

Une petite lésion nouvelle se rencontre à la limite externe de l'éminence thénar de la main droite ; elle a la dimension d'un grain de mil, est constituée par une saillie conique, entourée d'une mince collerette, l'une et l'autre jaunâtres, d'apparence et de consistance cornées.

Sur le scrotum, où de nombreuses taches larges ont disparu, on en voit d'autres très différentes et moins nombreuses. L'une est submiliaire, conique, entourée d'un mince anneau, trois sont de la dimension d'un grain de mil, avec une dépression superficielle, une douzaine sont sublenticulaires ou lenticulaires, annulaires, arrondies, quelques-unes reposant sur une légère base hyperhémique. Une des taches les plus petites mérite une mention spéciale : elle est constituée par une saillie cylindrique grisâtre, d'aspect corné, à extrémité libre légèrement concave, comme la corne d'une limace, large d'un millimètre, longue de trois millimètres, légèrement recourbée sur elle-même, avec une mince collerette à la base. Après la chute de la saillie cornée, produite par quelque choc brusque sur la lésion, celle-ci se présente sous l'aspect d'une petite tache identique aux trois taches miliaires décrites plus haut, sur lesquelles, il est bon de le répéter, il n'y a pas d'ombilication étroite et profonde pouvant indiquer qu'une saillie cornée ait pu y être précédemment fixée, mais une surface déprimée par rapport à la collerette périphérique de la lésion, mais non par rapport à la peau du voisinage qui est toujours à un niveau plus bas. L'aire centrale d'une des rares taches plus grandes et sinueuses qui persistent présente en outre une petite tache de nouvelle formation, sublenticulaire, très élégante, entourée d'une saillie périphérique très mince et filiforme.

Trois nouvelles taches sont apparues à la plante du pied droit ; elles sont calleuses sur toute leur surface, entourées d'un sillon large et profond, avec un liséré adhérent à son bord interne, ont les dimensions d'une pièce de deux centimes et occupent le bord externe de la voûte plantaire. Trois taches, situées sur le bord externe de la face dorsale du même pied, particulièrement la plus antérieure, qui est voisine de l'articulation métatarso-phalangienne, ont augmenté de dimension et ont envahi quelque peu la face plantaire.

La gêne que produisaient depuis longtemps déjà pendant la station debout les taches calleuses de la plante des pieds persiste avec plus d'intensité, comme si ces taches étaient de véritables cors. Il faut ajouter que le malade éprouve une sensation de chaleur aux pieds et aux jambes, qui lui font préférer les tenir en dehors de ses couvertures quand il est au lit.

Muqueuses. — La muqueuse conjonctivale et la muqueuse nasale ne présentent rien d'anormal.

Dans la bouche, on constate la chute de toutes les dents, avec un degré avancé d'involution du bord alvéolaire ; la canine inférieure du côté droit persiste seule.

Sur la muqueuse buccale, qui a une coloration rose pâle, on compte treize petites taches, distribuées de la façon suivante :

Deux sur la lèvre supérieure, une sur le sillon labio-gingival supérieur, une sur la lèvre inférieure, une sur la joue gauche, trois sur la voûte du palais, deux sur le voile, une sur le bord gingival supérieur, une sur la langue.

Sur la muqueuse de la lèvre supérieure, à un centimètre environ à droite du frein, au milieu environ de la hauteur de la lèvre, très rapprochées l'une de l'autre, on voit deux petites taches sublenticulaires, l'une réniforme, l'autre presque ronde. Toutes deux sont limitées par une mince saillie linéaire blanche opaque, uniforme et continue, et présentent une légère opalescence au niveau de l'aire incluse, qui a une surface plane et tout à fait lisse. L'autre petite tache, située à la base du frein, du côté gauche, est ronde, un peu plus petite que la précédente, et en a tous les caractères, sauf que l'aire incluse présente une opalescence un peu plus accusée.

La tache du sillon labio-gingival supérieur est située du côté droit, à environ deux centimètres du frein ; elle est lenticulaire, presque piriforme, limitée aussi très nettement par une mince saillie d'un blanc opaque presque filiforme ; tandis que la portion la plus large de l'aire circonscrite par cette bordure est légèrement et uniformément opaline et laisse voir deux petites saillies submiliaires qui semblent faire saillie en soulevant l'épithélium ; la partie la plus étroite présente une opalescence plus accusée et une seule petite saillie analogue aux précédentes.

L'unique petite tache de la lèvre inférieure est sublenticulaire, elle a un peu plus de deux millimètres de diamètre, et siège sur la partie moyenne de la moitié droite de la lèvre, très près du bord libre. Elle ne diffère des taches déjà décrites sur la lèvre supérieure que par son niveau, qui est dans toute son étendue un peu plus élevé que celui de la muqueuse du voisinage.

Sur la joue gauche, au-dessus de l'angle du maxillaire, cachée dans un pli de la muqueuse, se trouve une petite tache de mêmes dimensions que la précédente, cette tache fait un léger relief ; son niveau et l'intensité de la coloration blanc opaque de sa surface diminuent sensiblement de la périphérie au centre.

Une des trois taches de la voûte palatine, la plus grande, de la largeur d'une grosse lentille, occupe la partie moyenne de la voûte, le long et à gauche du raphé, elle a une forme irrégulièrement arrondie. Sa limite est représentée par une saillie d'un blanc opaque, qu'un sillon très étroit semblant tracé avec la pointe d'une aiguille sépare en deux parties, une interne un peu plus saillante et plus opaque, et une externe qui s'abaisse progressivement jusqu'au niveau de la muqueuse saine. L'aire circonscrite par cette bordure, un peu déprimée et très légèrement opalescente, laisse apercevoir deux dépressions punctiformes, d'un rouge brun, entourées chacune d'un petit anneau blanc opaque à peine saillant ; ces deux dépressions sont très voisines l'une de l'autre et tangentes au bord interne de la saillie périphérique. Une autre de ces dépressions punctiformes, dépourvue d'anneau propre, siège exactement sur le sillon, qui parcourt la

saillie limitante de la tache ; en ce point, les deux lèvres du sillon s'écartent légèrement l'une de l'autre pour embrasser entre elles cette dépression.

Les deux autres taches de la voûte palatine situées toutes les deux du côté droit, un peu en avant de la précédente, à quelques millimètres l'une de l'autre, sont plus petites, l'une lenticulaire, l'autre sublenticulaire, l'antérieure et externe en forme de biscuit, la deuxième de forme ovalaire. Sur la plus grande, la saillie périphérique, très mince, est curviligne sur une grande partie de son étendue ; sur le reste de son étendue, à l'exception d'une petite portion où elle est interrompue, elle ne dessine pas une véritable courbe, mais semble constituée par quatre segments rectilignes, aux points d'union desquels on remarque une simple dépression punctiforme d'un rouge foncé En outre, la saillie présente un sillon médian évident, mais toujours très étroit, sur une petite partie de la circonférence, correspondant à un segment rectiligue. Dans la plus petite des taches, la saillie limitante, qui est également mince, ne présente pas de sillon ; sur les deux taches, l'aire incluse est un peu plus opaline que sur la première tache décrite sur la voûte palatine, et elle est uniformément plane. Les trois taches présentent une étroite bordure hyperhémique, dont l'intensité et la largeur ont du reste varié aux derniers examens que nous avons faits.

Sur le voile du palais, l'une des taches est très voisine de la ligne médiane et correspond au point d'insertion du voile. Elle a la largeur d'une lentille ordinaire, est ellipsoïde et uniformément opaline, à bords nets, mais sans saillie marginale, avec une très mince bordure hyperhémique. On y constate des dépressions punctiformes d'un rouge brun, au nombre de trois à l'intérieur de l'aire centrale, et de sept tangentes extérieurement au bord. L'autre petite tache, de forme ovalaire, reproduit les caractères de la précédente, mais ne présente pas de dépressions punctiformes.

Sur le bord alvéolaire supérieur, du côté gauche, en un point correspondant à l'avant-dernière molaire qui fait défaut et au niveau duquel l'atrophie alvéolaire est plus prononcée qu'ailleurs, se trouve une tache irrégulièrement arrondie, à bord ondulé, de dimensions à peu près égales à celles de la première des taches décrites sur la voûte palatine. L'aire de la tache est en partie opaline, en partie d'un blanc opaque, et entourée sur son tiers externe d'une mince saillie également d'un blanc opaque et, sur le reste de son étendue, d'un sillon rouge-brun de même largeur que la saillie avec laquelle il se continue.

La petite tache de la langue occupe la partie moyenne de son bord droit ; elle est sublenticulaire, ronde, très élégante, entourée d'un bord blanc, très mince, net ; l'aire incluse est plane, légèrement et uniformément opaline.

Une observation très attentive fait constater en outre deux surfaces lenticulaires, un peu plus pâles que les parties saines environnantes ; ces surfaces ont une limite nette, semblent un peu déprimées et occupent l'une le voile du palais, l'autre la voûte palatine (dernier reliquat de lésions préexistantes ?).

Le malade n'a jamais éprouvé aucun trouble en rapport avec les lésions de la bouche.

Le toucher permet seul de constater la présence de la plus grande tache sur la voûte palatine et de celle du bord alvéolaire.

Lorsque le malade fut examiné en octobre 1897, on constata la tache de la lèvre inférieure qui n'existait pas lors de l'examen fait en juin, et en décembre on vit la lésion du frein de la lèvre supérieure qui n'existait pas précédemment. La petite tache de la partie postérieure de la joue gauche a été vue pour la première fois en décembre ; mais nous ne pourrions dire, en raison de son siège dans un point caché par un pli de la muqueuse, si elle nous a échappé dans les examens antérieurs ou si elle est réellement de date récente.

Lors de l'examen fait en juin 1897, toutes les taches étaient un peu moins opalines à leur partie centrale, ce qui laissait voir plus distinctement la coloration rosée de la muqueuse et rendait la bordure plus apparente. A la même époque, des deux taches situées sur la partie droite de la voûte palatine, l'antéro-externe présentait un liséré hyperhémique entourant tant en dedans qu'en dehors la saillie limitante (1).

(1) Le professeur Majocchi, sur notre demande, a eu l'amabilité de venir dans notre Clinique le 31 décembre 1897, pour examiner les lésions de la peau et de la muqueuse buccale de ce malade. Il nous a déclaré que, pour lui, les unes et les autres devaient être indubitablement considérées comme l'expression d'un même processus morbide.

Il nous a fait la même déclaration au sujet des lésions de Pet... (obs. III), que nous avons eu l'occasion de lui présenter.

A l'appui de notre dire, voici la lettre que le professeur Majocchi a écrite à l'un de nous.

« TRÈS CHER PROFESSEUR DUCREY,

« Les malades atteints d'*hyperkératose centrifuge* que le Dr Respighi et vous avez eu l'amabilité de me faire voir à Pise à la fin du mois de décembre dernier m'ont vivement frappé en raison du siège de l'affection sur la muqueuse buccale.

« Avant que le Dr Respighi et vous ayez fait connaître cette localisation de l'affection, et quoique j'aie vu autrefois des malades qui étaient atteints de cette dermatose, je ne connaissais pas ce fait très important.

« Du reste, comme je vous l'ai dit, j'ai été très frappé de voir sur la muqueuse buccale et linguale les mêmes productions kératosiques avec la même forme annulaire identique à celle des lésions de la peau. Ces caractères étaient très marqués chez les deux malades et en particulier chez celui qui se trouvait dans les salles de votre Clinique. Et tout cela correspondait exactement à ce que le Dr Respighi et vous avez décrit dans la séance de décembre de la Société italienne de dermatologie.

« Après avoir vu vos malades, j'ai voulu m'assurer si les malades atteints de cette affection que j'ai en observation (*malades vus à Bologne et qui n'ont été jusqu'ici l'objet d'aucune publication*) présentaient aussi des lésions des muqueuses.

« Chez l'un d'eux, que j'ai pu examiner, je n'ai trouvé aucune production kératosique ni sur la langue, ni sur la muqueuse buccale.

« Il me reste à voir l'autre malade, une jeune fille, dont vous avez vu la photographie.

« Je dois faire remarquer que mes deux malades sont des sujets jeunes, et que

Le 15 janvier 1898, on enleva les 3 petites taches de la lèvre supérieure et la tache de la lèvre inférieure. Les fragments enlevés furent tous fixés dans l'alcool ; ceux de la lèvre supérieure furent colorés sur coupes à l'hématoxyline de Bizzozero, celui de la lèvre inférieure fut coloré en masse au carmin lithiné. Les fragments furent inclus dans la paraffine et coupés en séries.

Le 7 avril 1898, on enleva la petite tache miliaire de l'éminence thénar, ainsi que la tache submiliaire et les trois taches miliaires du scrotum. Ces fragments furent également fixés dans l'alcool absolu, puis colorés en masse par le carmin lithiné, inclus dans la paraffine et coupés en séries non interrompues.

Comme nous avions, entre autres, la photographie de la jambe et du pied gauches du malade, exécutée en 1895 (voir planche III), nous avons fait exécuter la photographie de ces mêmes régions dans une position identique et à la même échelle (voir planche IV) afin de montrer les modifications que les lésions ont subies dans l'espace d'environ trois ans.

La lecture des observations qui viennent d'être rapportées montre clairement que l'affection dont les sujets de ces observations sont atteints se traduit par des lésions caractéristiques et susceptibles d'occuper simultanément la peau et la muqueuse buccale. En raison du nombre encore peu considérable des observations, il ne nous semble pas encore possible de déterminer avec quelle fréquence les muqueuses sont intéressées ; nous devons d'autant plus rester sur la réserve à ce sujet que, depuis notre communication préliminaire, les faits observés ont modifié très sensiblement la proportion entre les cas accompagnés de lésions muqueuses et ceux où les altérations étaient exclusivement limitées à la peau. En effet, des 4 malades sur lesquels notre examen avait alors porté, 3 présentaient simultanément des lésions de la peau et de la muqueuse; tandis qu'aujourd'hui, sur 11 malades examinés à ce point de vue, la muqueuse est intéressée chez 6 malades seulement, c'est-à-dire que le rapport des cas de lésions de la muqueuse s'est abaissé de 75 p. 100 à 54 p. 100 et même à 50 p. 100, si nous tenons compte des malades dont il est fait mention à la note de la page 609.

Nous sommes encore moins en mesure de dire, dans les cas de lésions simultanées de la peau et de la muqueuse, quel a été le siège

peut-être la maladie ne présente pas encore chez eux l'étendue qu'elle offre à un âge avancé.

« Quand j'aurai eu l'occasion de voir le deuxième malade, je vous ferai part du résultat de mon observation.

....

« Votre dévoué collègue,

« D MAJOCCHI. »

Bologne, 17 juillet 1898.

initial des lésions, car tous nos malades ignoraient l'existence des lésions buccales avant que notre examen ne les ait fait constater. Le nombre ordinairement assez faible des lésions de la muqueuse buccale et leurs faibles dimensions ne nous autorisent pas à conclure que celles-ci sont survenues plus tard que les lésions cutanées, car, ainsi que nous le dirons plus loin, il ne manque pas de cas où une lésion est restée unique, même pendant de longues années, ou est demeurée très petite quoiqu'elle soit assez ancienne, tandis que des lésions plus récentes ont atteint des dimensions considérables. Quoi qu'il en soit, il ne nous est jamais arrivé de voir la maladie exclusivement limitée à la muqueuse buccale.

Un fait très important, et qui se reproduit avec une grande fréquence dans cette dermatose, est son existence dans une même famille chez plusieurs sujets, atteints le plus souvent à des degrés différents et sans que les lésions soient chez tous limitées à la peau ou occupent chez tous la peau et la muqueuse. Aussi, pour nous limiter aux cas que nous avons observés, J. B. Mar... présente des lésions de la muqueuse buccale, tandis que, chez son cousin Bia..., la muqueuse est indemne ; dans la famille Bel..., sur 3 malades, 2 seulement ont des lésions de la muqueuse buccale ; sur les 4 malades de la famille Din..., la muqueuse est intéressée chez un seul.

En ce qui concerne les malades qui sont donnés comme des cas isolés ou au moins pour quelques-uns d'entre eux, on peut se demander si l'affection n'a pas existé aussi chez quelque autre membre de la famille chez lequel elle est restée méconnue, en raison du peu d'étendue et de développement des lésions et en raison de l'absence de troubles subjectifs, absence qui est de règle quand les lésions n'occupent pas des sièges qui les exposent à des traumatismes répétés ou à des pressions habituelles.

C'est ainsi qu'un de nos malades, parmi ceux qui prennent le moins de soin de leur personne, ignorait la présence de lésions multiples occupant cependant le visage, et cela parce que les lésions étaient peu étendues et ne lui causaient aucun trouble.

En ce qui concerne le degré de parenté des divers sujets atteints dans une même famille, nous avons pu observer cette dermatose non seulement chez plusieurs frères, mais encore chez un de leurs parents, et parfois apprendre d'une façon certaine qu'elle existait également chez le père ou la mère du parent malade.

Il est hors de doute qu'un sujet atteint de cette affection peut avoir des enfants qui en soient indemnes, mais nous ne saurions dire si la maladie peut se présenter de nouveau chez les enfants de ces derniers ou, en d'autres termes, si la maladie peut sauter une génération.

Quand l'affection existait chez un sujet marié, elle n'a jamais été constatée chez son conjoint, même dans les cas où la cohabitation

remontait à une époque assez éloignée ; deux fois nous avons pu nous assurer personnellement de ce fait, quoique nous ayons été contraints de nous borner à un simple examen des parties découvertes, qui du reste, ainsi que nous le verrons dans la suite, sont le plus habituellement atteintes par la maladie.

Nous ne pouvons passer sous silence le fait singulier que, dans toute une famille de sujets sains, 2 frères seulement étaient atteints de l'affection, et précisément tous les deux avaient été allaités par une femme qui en était affectée et qui, dans l'espace de quelques années, les avait nourri après avoir sevré 2 de ses enfants, atteints également plus tard de la même maladie. Nous faisons allusion aux deux frères Bia .., Chérubin et Laurent, qui furent respectivement nourris par Liberata Nel..., après que celle-ci eut allaité ses 2 enfants, Jean-Baptiste et Émilie Mar... Cette remarque que Chérubin Bia... nous a faite avec insistance, pensant que sans aucun doute la maladie avait été transmise par le lait à son frère et à lui, devait être rappelée ici ; mais il faut aussi tenir compte de ce fait, que la mère de Bia... était la sœur du père des Mar... Bien que nous ayons recueilli de plusieurs témoins l'affirmation que l'un et l'autre étaient absolument bien portants, nous n'avons pas pu en avoir la certitude, tous deux étant morts depuis longtemps, et nous pouvons nous demander si dans la famille Mar... la maladie remontait à une génération antérieure, et si la mère des Bia... n'était pas elle-même atteinte de la dermatose ou n'avait pas un de ses parents qui en fût atteint. S'il en était ainsi, on pourrait admettre, avec toutes réserves bien entendu, ce fait curieux que deux familles se sont unies dans chacune desquelles existait la même maladie, la famille Nel... et la famille Mar... (Voir le tableau généalogique, p. 612.) Il est certain que la transmission de la dermatose par le lait est d'une interprétation difficile.

En ce qui regarde le sexe, il y a une forte prédominance de la maladie dans le sexe masculin, à en juger par les cas que nous avons observés. En effet, sur l'ensemble de nos malades, en y comprenant les parents sur lesquels nous avons pu recueillir quelques renseignements, nous ne trouvons pas un tiers de femmes.

Nous n'avons jamais rencontré l'affection chez des sujets appartenant à une classe sociale élevée ou même moyenne, sauf Richard Boz..., dont l'observation est publiée dans le mémoire du professeur Mibelli et de l'un de nous, qui appartient à une classe sociale moyenne.

Nous l'avons observée au contraire presque exclusivement chez les cultivateurs et les ouvriers, plus souvent encore chez les premiers, et chez des sujets d'une bonne constitution, souvent même assez robuste.

L'affection peut débuter à un âge très variable, entre l'enfance et

l'âge mûr, peut-être un peu plus fréquemment dans l'adolescence et la jeunesse. Sur nos 11 cas, elle a débuté dès l'enfance chez un seul malade, 5 fois dans l'adolescence et la jeunesse, 5 fois à l'âge mûr. Le siège de ses lésions initiales est habituellement une des extrémités : tête, main ou pied.

Ordinairement, elle débute par une lésion unique, qui peut rester isolée pendant très longtemps (chez Sim..., la première lésion, qui occupait le calcanéum gauche, est restée unique pendant trente ans) ; ou bien à la première lésion il en succède un plus ou moins grand nombre d'autres, soit sur la même extrémité, soit sur une autre extrémité.

La dermatose a une prédilection indubitable pour les extrémités du corps et plus spécialement pour le visage, la face dorsale des mains et des pieds, et les organes génitaux. Par ordre de fréquence, elle occupe ensuite la moitié inférieure des jambes, la plante des pieds, la paume des mains, le poignet, la moitié inférieure des avant-bras et le reste des membres inférieurs, en dernier lieu le bras et le tronc.

Sur le visage, les régions occupées de préférence sont ordinairement le nez, la portion supéro-interne des joues, la partie inférieure et médiane du front, les régions préauriculaires et les pavillons des oreilles.

Sur le cou, les lésions prédominent de beaucoup à la nuque.

Sur le dos des mains, elles occupent plutôt la région métacarpienne, tandis qu'à la face palmaire elles prédominent habituellement sur les doigts.

Sur le dos des pieds, elles ont une prédilection pour la région tarso-métatarsienne et, sur la plante des pieds, pour le calcanéum, le bord externe du pied et la région des articulations métatarso-phalangiennes.

Tant sur les doigts que sur les orteils, elles peuvent siéger sur les régions périunguéales et, en s'étendant, envahir plus ou moins le lit de l'ongle, et déterminer des lésions consécutives de l'ongle lui-même. L'ongle, dans la portion atteinte, devient plus épais, opaque, sa surface devient rugueuse et irrégulière, sa coloration se modifie.

Sur les jambes, elles occupent de préférence la moitié antérieure de leur circonférence et, aux avant-bras, le côté de l'extension.

Sur les organes génitaux de l'homme, le scrotum est la partie le plus souvent et le plus fortement intéressée : la peau de la verge peut même ne pas participer au processus morbide.

Chez la femme on peut rencontrer de nombreuses lésions sur les grandes lèvres.

Au cuir chevelu, au tronc, sur le reste des membres, on ne constate pas, à vrai dire, de siège de prédilection, à l'exception peut-être des fesses et de la région périanale, où on peut observer une légère prédominance des lésions.

Naturellement, il est bien entendu que cette distribution, qui est généralement affectée par la maladie, peut subir des exceptions plus ou moins marquées, et, tandis que d'après ce qui vient d'être dit, il semble, au moins pour les membres, que l'affection prédomine considérablement sur le côté de l'extension, on peut voir se produire des lésions même dans les creux axillaires, dans les espaces interdigitaux, etc.

Chez tous nos malades, l'affection est représentée par des lésions assez nombreuses, mais avec des différences sensibles d'un cas à un autre ; ces lésions occupent les deux moitiés du corps, sans que du reste on constate une véritable symétrie dans leur distribution. Chez un seul malade (Augusta Bel.....), nous n'avons rencontré que 12 lésions, toutes très petites et limitées aux mains.

Comme l'affection a quelques sièges de prédilection, il est clair que les lésions peuvent être très confluentes et arriver à se toucher, mais on ne les voit jamais présenter de tendance à former des groupes qui se disposent en zones rappelant les distributions nerveuses.

Sur la peau, les lésions peuvent différer par leur grandeur, leur forme et leurs autres caractères.

Au point de vue de la grandeur, il y en a de submiliaires, de miliaires, de lenticulaires, d'autres de la dimension d'une goutte, nummulaires, etc., avec prédominance des lésions de dimensions moyennes chez les malades qui en présentent un nombre considérable.

Les lésions submiliaires et miliaires sont certainement les plus rares; nous ne les avons vues qu'en très petit nombre chez quelques-uns de nos malades (Pet..., Torello Bel..., Sim...), et chez la plupart d'entre eux nous n'avons pas pu en constater.

Sous le rapport de la forme, il y en a de rondes, d'ovales, d'ellipsoïdes, de quadrangulaires, d'autres en forme de biscuit, de feuille de trèfle, de polycycliques et de tout à fait irrégulières ; les lésions petites et moyennes sont habituellement plus ou moins arrondies et les plus grandes de forme irrégulière.

Pour ce qui concerne les autres caractères des lésions en particulier, que nous décrirons en commençant par celles qui se rencontrent le plus communément, il est tout d'abord nécessaire de leur distinguer une saillie linéaire périphérique et une aire centrale incluse dans cette saillie ; saillie et aire centrale sont susceptibles de présenter des modalités variées qui méritent des descriptions spéciales.

La saillie périphérique, sorte d'ourlet, dépasse peu, d'ordinaire, le niveau de la surface cutanée avoisinante et est habituellement complète, de couleur blanc sale ou jaune brunâtre, le plus souvent uniforme, lisse et légèrement squameuse, d'aspect corné, en forme de cercle régulier ou ondulé, dentelé, polycyclique (d'où résulte la forme

des taches, comme nous l'avons dit plus haut); ce bord peut être ou non divisé sur tout ou partie de son étendue par un étroit sillon paraissant tracé au burin. Du fond du sillon, on peut voir s'élever un liséré, souvent rapproché de la lèvre interne du sillon ou adhérant à cette lèvre; ce liséré n'est pas toujours très évident; il s'élève jusqu'au niveau du bord supérieur de la saillie dont il a la couleur et l'aspect corné ou même dépasse un peu ce niveau.

Il arrive quelquefois, plus fréquemment sur les lésions du visage, que la bordure qui limite la tache, au lieu d'être continue, soit représentée par un certain nombre de très petites saillies cornées, brunâtres, conoïdes, hémisphériques ou irrégulières, disposées en lignes, plus ou moins rapprochées les unes des autres, ou tangentes et se confondant par leurs bases. Ces saillies sont très adhérentes, mais on peut parvenir à les détacher avec l'ongle et on constate alors qu'elles s'enfonçaient dans autant de petites dépressions.

Tout autour de la bordure, la peau a habituellement sa coloration normale, mais parfois, et plus fréquemment au niveau du scrotum, la bordure est entourée, en dedans et en dehors, d'une étroite zone hyperhémique qui rend la lésion plus élégante. D'autres fois, surtout aux membres inférieurs, au lieu de la zone hyperhémique, on voit une zone analogue pigmentée.

L'aire incluse dans la bordure peut avoir une coloration normale, ou, rarement, être hyperhémiée; plus souvent elle a une couleur rouge brunâtre ou brunâtre, d'intensité variable; elle est complètement lisse ou un peu rugueuse et recouverte de quelques petites squames; parfois aussi elle présente quelques petites saillies cornées, brunâtres, qui se soulèvent sous forme de pointes d'aiguilles ou de cône tronqué, en tout semblables à celles qui ont été décrites au niveau de la bordure. Cette surface présente ordinairement des traces d'atrophie, allant d'un degré presque inappréciable jusqu'à une intensité telle qu'on la constate même à distance. Son niveau est ordinairement inférieur à celui de la peau saine du voisinage, mais il n'est pas rare qu'elle semble être au même niveau que la peau voisine ou même un peu plus élevée qu'elle. Dans les régions velues, la surface des taches est d'ordinaire complètement ou à peu près complètement alopécique, tandis qu'au niveau de la saillie périphérique les poils sont généralement bien conservés.

Chez quelques malades, et presque uniquement sur le cuir chevelu, quelques petites lésions sont presque complètement recouvertes d'un enduit sébacéo-squameux.

Sur certaines lésions, l'aire centrale est très superficiellement atrophique, sans aucune tendance à l'hyperhémie ou à la pigmentation, et le bord annulaire très mince est représenté seulement par une petite ligne blanchâtre sans saillies appréciables, comme s'il était formé de

squamules disposées en série; il n'est pas rare de voir de semblables lésions échapper facilement à un examen plutôt attentif, quand cet examen n'est pas fait sous une incidence favorable de la lumière et en distendant un peu la peau.

Par un singulier contraste avec ces lésions, on en voit assez fréquemment d'autres, ordinairement plutôt larges et occupant le plus habituellement les pieds ou les mains, dont les caractères distinctifs sont notablement exagérés.

Sur ces éléments, la bordure a une base large et irrégulière, qui envahit sur une certaine étendue à la fois la peau avoisinante et l'aire centrale, et fournit parfois çà et là de larges expansions périphériques ressemblant aux chaînes de montagnes telles qu'on les figure sur les cartes géographiques en relief ; cette base se soulève, sur une étendue de quelques millimètres, en section de cône tronqué, présente une coloration jaune sale, l'aspect et la dureté de la corne, elle est souvent inégale et anfractueuse. La partie supérieure peut aussi être hérissée de fortes aspérités ou d'aiguilles.

Sur une bordure ainsi conformée, le sillon fait défaut ou ne se voit qu'en quelques segments de la bordure ; on peut le rendre apparent sur des segments étendus en enlevant au moyen du rasoir les parties les plus saillantes du relief périphérique : il paraît alors plutôt large, profond, parcouru par un liséré qui est devenu ondulé comme s'il était trop long pour le sillon qu'il parcourt; ce liséré est souvent très rapproché du bord interne du sillon, auquel il est presque adhérent. En faisant, sur cette grosse saillie qui limite la tache, des sections horizontales successives depuis son sommet jusqu'à sa base, le couteau crie et s'ébrèche à cause de la résistance que lui oppose le tissu corné et souvent, dès qu'on arrive à la moitié de la hauteur de la bordure, le sang commence à suinter.

L'aire centrale de semblables taches, sur la périphérie desquelles empiète plus ou moins la base de la bordure, prend la forme d'une coquille et, calleuse à la périphérie, présente ordinairement à son centre des lésions d'atrophie prononcée.

Quelques taches, que l'on rencontre fréquemment aussi aux pieds, ont une aire centrale plane et uniformément calleuse ; le niveau de cette aire est un peu plus élevé que celui de la peau saine avoisinante ; elle est entourée d'un sillon plus large, bien apparent, dans lequel on voit un liséré manifeste. Le bord externe du sillon, calleux comme l'interne, se continue en dehors avec la peau saine environnante.

En enlevant avec l'ongle la partie centrale calleuse de ces taches, comme les malades le font ordinairement d'eux-mêmes, il reste à découvert une aire déprimée, atrophique, entourée du sillon caractéristique.

Enfin on peut voir des taches ayant l'aspect de callosités communes,

à calotte plus ou moins saillante, sur lesquelles on constate manifestement un sillon limitant, lorsqu'on a enlevé quelques tranches horizontales de substance cornée.

Il y a lieu de noter spécialement quelques lésions que nous avons à la vérité rencontrées en tres petit nombre et plus spécialement chez un de nos malades (Pet...), lésions représentées par de petites saillies cylindriques cornées, à extrémité libre, plate ou légèrement concave; ces saillies adhèrent solidement à la peau qui présente tout autour d'elles un aspect normal et s'élèvent de quelques millimètres au-dessus de son niveau. Lorsqu'on détache avec l'ongle ces petits cylindres cornés, on constate qu'ils sont excavés au niveau de leur implantation et qu'ils laissent à découvert de petites saillies papuleuses à surface légèrement convexe, ordinairement un peu rougeâtre, lisse et inégale.

En outre, parmi les efflorescences de très petites dimensions, qui méritent d'attirer toute l'attention de l'observateur, on en trouve, en plus des précédentes, quelques-unes, parfois aussi peu nombreuses, qui ont la forme de saillies papuleuses miliaires, à surface plane et d'aspect corné et sont limitées sur toute leur étendue par une très mince collerette ayant à peu près la même hauteur que la saillie qui l'entoure, et également d'aspect corné.

Enfin, on peut voir de petites saillies ombiliquées et toujours d'aspect corné. Au lieu d'une dépression punctiforme centrale, ayant la forme d'un ombilic, on peut constater sur ces éléments une pointe blanc grisâtre en forme de cône tronqué, sorte d'aiguille d'apparence et de consistance cornées, ordinairement très peu saillante au-dessous de la mince saillie annulaire qui l'entoure; il est assez rare de voir ces saillies cornées atteindre 3 ou 4 millimètres de hauteur, et alors elles s'incurvent comme un ongle d'oiseau, de sorte qu'on dirait une corne cutanée; en appuyant latéralement sur ces saillies, on peut les incliner en tous sens, sans qu'elles se détachent de la peau à laquelle elles semblent solidement fixées : lorsqu'on les arrache, on voit à leur point d'implantation la petite dépression dont nous avons parlé plus haut.

C'est tout à fait exceptionnellement (une fois sur le scrotum d'un de nos malades, Pet...,) que nous avons vu une de ces saillies, assez longue et recourbée, s'élever au centre d'un losange de la mosaïque cutanée, sans être entourée d'un petit relief annulaire et sans aucune modification appréciable de la peau environnante.

Pour ce qui regarde les sensations subjectives déterminées par les manifestations cutanées, elles sont ordinairement très peu prononcées et parfois font complètement défaut. Quelques malades accusent un prurit léger et accidentel au niveau de quelques taches seulement, et le plus grand nombre d'entre eux se plaignent de douleurs au

niveau des taches soumises à des pressions continues, surtout au niveau des pieds, lorsqu'ils portent des chaussures.

Il est certain que les malades atteints de lésions des pieds, soit nombreuses, soit au moins assez abondantes, ont, avec une assez grande constance, déclaré éprouver une sensation désagréable de chaleur et de brûlure localisée aux pieds et à la partie inférieure des jambes, sensation qui s'exagère surtout quand ils sont au lit.

En recueillant avec soin les observations de nos malades, et mieux encore parce que nous avions eu l'occasion de suivre de près et pendant longtemps l'évolution des lésions cutanées de quelques-uns d'entre eux, en fixant par la photographie, à intervalles variés, l'aspect des lésions dans quelques-unes des régions atteintes, nous avons pu arriver à des notions précises sur la marche des lésions.

Il est absolument certain que quelques rares taches sont restées pendant trois ans presque sans aucune modification dans leurs dimensions ; d'autres, les plus nombreuses, se sont quelque peu agrandies; au lieu de 2, 3 ou un plus grand nombre de taches petites et rapprochées, il s'est formé une tache unique, large et polycyclique par suite de l'élargissement et de la fusion de ces taches, dont la bordure a disparu complètement au niveau de leurs points de rencontre ; sur quelques taches calleuses dans leur totalité, toute la substance cornée qui occupait leur centre s'est détachée en laissant à sa place une tache annulaire ayant le même aspect que les autres ; la bordure de quelques taches s'est affaissée jusqu'au point de disparaître, de sorte qu'il ne restait plus, comme reliquat ultime de la lésion, qu'une simple aire, plus ou moins distinctement atrophique ; mais il ne nous a jamais été donné de voir des taches avec leur bordure se rétrécir avec le temps. Il résulte encore de nos observations, que, dans le cours des années, il peut se produire çà et là isolément, quelques rares taches nouvelles, soit sur des portions de la peau précédemment saines, soit sur la surface occupée par des lésions anciennes, soit sur le siège d'autres taches qui ont disparu, et nous avons pu en surprendre quelques-unes à une période assez rapprochée de leur début.

En ce qui regarde les muqueuses, nos malades ont présenté des lésions exclusivement localisées à la muqueuse buccale et occupant les lèvres, les joues, la langue, la voûte palatine, le voile du palais, les gencives, sans prédilection accusée pour une région plutôt que pour l'autre.

En effet, nous avons vu la lèvre supérieure aussi bien intéressée que la lèvre inférieure et les lésions siégeant tout près du bord libre (Sim...) ou dans le cul-de-sac labio-gingival ou sur un point quelconque de la hauteur de la lèvre. Chez un malade, l'une d'elles siégeait sur le frein de la lèvre supérieure. Sur les joues les lésions siégeaient

au voisinage du cul-de-sac ou plus fréquemment au niveau de l'espace interdentaire.

Sur les gencives, elles siégeaient particulièrement sur le bord alvéolaire, au niveau des dents manquantes, ou un peu plus latéralement. Sur la voûte du palais, elles occupaient un siège quelconque, aussi bien à droite qu'à gauche, entre les impressions digitales de la muqueuse ou sur le reste de la voûte.

Sur le voile du palais, chez le seul malade qui en ait présenté, on voyait deux petites taches peu éloignées de la ligne médiane et situées l'une en haut, au voisinage de l'insertion du voile du palais, l'autre au milieu environ de la hauteur du voile.

Sur la langue, les taches occupaient les côtés et le bord externe de la face inférieure, mais jamais le dos.

En ces différents sièges, les taches étaient tantôt isolées, tantôt rapprochées, se touchant presque; elles n'occupaient pas toujours les régions homonymes et en tous cas avaient constamment une disposition asymétrique.

Le nombre des lésions rencontrées sur la muqueuse était ordinairement peu élevé et variait de 3 à 5 ; chez un seul malade il s'est élevé à 13, chiffre assez considérable pour une région aussi limitée.

Les lésions de la muqueuse buccale sont représentées par de petites taches, qui varient de la dimension d'une petite tête d'épingle à celle d'une grosse lentille; de même que sur la peau, ce sont les lésions de dimensions moyennes qui sont les plus nombreuses, et elles sont circulaires, ovalaires, réniformes, en forme de biscuit, polycycliques ou irrégulières. Chez un seul malade, une tache de forme assez bizarre dépassait de beaucoup la dimension maxima observée sur les autres taches : de forme générale ovalaire allongée, son grand diamètre occupait presque toute la hauteur de la lèvre inférieure.

Les taches ont des limites très nettes, constituées par une saillie linéaire d'un blanc opaque, presque aussi mince qu'un fil, qui circonscrit sur toute son étendue une aire opaline.

La saillie limitante ne présentait de sillon qui la divisât sur aucune des taches, à l'exception de deux développées chez un même malade et occupant toutes deux la voûte palatine; sur ces deux taches, cette saillie, un peu moins mince que sur les autres, était manifestement divisée en deux parties dans le sens de sa longueur par un sillon étroit paraissant avoir été tracé avec la pointe d'une aiguille; sur l'une d'elles, le sillon était complet, sur l'autre il n'existait que sur une petite étendue.

Une seule tache, appartenant elle aussi au même malade et occupant le bord alvéolaire, n'était pas complètement entourée par la saillie périphérique, et, sur la partie du contour où cette saillie faisait

défaut, on voyait à sa place un petit canal rouge rosé. Avec l'ongle, on put parvenir à enlever quelque autre partie de la saillie, et on mit ainsi à découvert d'autres petits fragments du canal. Sur quelques petites taches on voyait un fin liséré hyperhémique, entourant en dedans et en dehors la saillie limitante.

L'aire incluse présentait une opalescence uniforme ou à peu près et dont l'intensité variable laissait plus ou moins transparaître la couleur rosée de la muqueuse ; cette aire était légèrement convexe ou tout à fait plane, au même niveau ou à un niveau un peu plus élevé que la muqueuse saine du voisinage ; parfois au contraire, elle était un peu concave et présentait un aspect très légèrement atrophique.

Rarement les taches sont dépourvues de saillie limitante et ont une surface absolument uniforme, légèrement saillante et nettement circonscrite. Chez un malade (Sim...) deux de ces taches, occupant le voile du palais, et chez un autre (Mar...) une tache, occupant le bord alvéolaire, avaient une opalinité plus prononcée que dans les autres cas.

Une seule fois, sur le bord alvéolaire (Mar...), nous avons vu une petite tache sublenticulaire, à limites nettes, d'un blanc opaque, assez saillante, presque conoïde, à surface irrégulière et comme verruqueuse.

A un examen très attentif de toute la muqueuse buccale des malades atteints de cette singulière maladie, on peut parfois constater quelques îlots d'atrophie superficielle et circonscrite, sans caractéres spéciaux, dont l'étendue et la forme laissent penser qu'ils sont le reliquat ultime de quelque lésion ancienne. Il nous est arrivé d'en constater sur le voile du palais et la voûte palatine de Sim....

On sait que sur la muqueuse de la voûte palatine, en particulier sur la moitié postérieure de celle-ci, et sur le voile du palais, particulièrement à sa partie supérieure et sur la ligne médiane, on peut voir, même chez des sujets sains, des dépressions punctiformes, d'un rouge brun, plus ou moins nombreuses, entourées ou non d'un étroit cercle opalin, légèrement saillant sur quelques-uns de ces éléments (orifices glandulaires). Or, au niveau de quelques-unes des lésions de la muqueuse que nous avons décrites, il peut y avoir des dépressions semblables occupant soit l'aire centrale, soit le sillon de la petite saillie périphérique ou encore tangentes à la périphérie ; cependant le plus grand nombre des taches ne présentent pas de dépressions semblables.

On sait aussi que, sur la muqueuse buccale, plus spécialement sur les lèvres et sur les joues, on trouve de petites saillies presque rondes, miliaires ou submiliaires, rosées, presque translucides, donnant au toucher la sensation de corpuscules de consistance modérée et qu'une pression convenable exercée sur ces saillies fait sortir par un petit

orifice central une gouttelette de liquide séro-muqueux (corps glandulaires). Or, quoique rarement, il nous est arrivé de trouver 1 ou 2 de ces petites saillies au niveau de quelques-unes des lésions des lèvres ou des joues, et par la compression nous avons pu précisément faire sourdre par leur orifice une petite quantité du même liquide.

A l'exception de la petite tache saillante conoïde, occupant le bord alvéolaire chez Mar... et qui a été mentionnée plus haut, tache qui donnait au doigt, lorsqu'on le passait à sa surface, une légère sensation de rugosité, et de quelques petites taches à bordure un peu plus prononcée dont on parvient à peine à constater la présence, toutes les autres lésions de la muqueuse ne pouvaient être décelées par l'examen tactile.

Aucune des taches ne donnait lieu à une sensation subjective quelconque, si bien que, comme nous l'avons déjà dit, aucun de nos malades n'en avait notion avant notre examen.

Nous avons eu l'occasion d'observer chez un malade (Sim...) les lésions de la muqueuse et les lésions cutanées à divers intervalles, mais pour les premières l'intervalle de nos observations a été plus court et n'a pas dépassé au total la durée d'une année environ. Nous avons pu de la sorte constater que, comme les lésions cutanées, les altérations des muqueuses subissent quelques modifications, mais à un degré très faible et avec une très grande lenteur : elles se sont un peu étendues en largeur, sont devenues plus opalines, leur bordure est devenue plus prononcée ou au contraire ses caractères se sont légèrement atténués, et, si ces modifications dernières se produisaient sur de petites taches déjà peu apparentes, elles pourraient facilement échapper à l'examen.

Quant à l'apparition de taches nouvelles, nous pouvons affirmer n'en avoir constaté que 2, chez Sim..., l'une dans un examen pratiqué en octobre 1897, l'autre dans un examen pratiqué en décembre, c'est-à-dire quatre mois et six mois après le premier examen. Les petites taches nouvelles étaient déjà sublenticulaires et annulaires.

La description que nous avons donnée des lésions de la peau et des lésions de la muqueuse montre clairement que les caractères des lésions cutanées se répètent exactement sur les muqueuses, sauf, bien entendu, les différences dues à la différence de siège.

Tant sur la peau que sur la muqueuse, les lésions sont nettement circonscrites, présentent une aire incluse dans une saillie annulaire.

Cette saillie peut, sur les taches de la peau, être très mince et représentée seulement par une ligne blanchâtre, comme si elle était formée de squamules disposées en série, ou bien au contraire être assez prononcée, large, d'un gris jaunâtre, calleux, uniforme ou non. Sur les lésions de la muqueuse, elle est toujours mince, son épaisseur

ne varie que dans des limites assez étroites, et c'est seulement pour un petit nombre d'entre elles que le toucher parvient avec peine à en faire constater la présence.

Sur un grand nombre des taches de la peau, cette saillie est parcourue dans le sens de la longueur par un sillon, qui peut être très apparent, et laisse souvent voir nettement à sa partie moyenne un liséré corné. Sur la muqueuse, mais seulement sur un nombre très restreint de taches, la saillie peut aussi être parcourue par un étroit sillon, mais on ne parvient sur aucun élément à constater la présence du liséré dans le sillon. Aussi bien sur la peau que sur les muqueuses, le sillon peut être interrompu.

L'aire incluse des taches de la peau peut être déprimée à un degré variable, et présenter des traces plus ou moins manifestes d'atrophie, avoir la coloration de la peau normale, être un peu plus pâle, ou de coloration rouge-brun due à l'hyperhémie et à la pigmentation ; elle peut au contraire être plane, être située au niveau ou peu au-dessus du niveau de la peau saine du voisinage, être calleuse à un degré léger ou accentué. De même, sur la muqueuse, l'aire interne des taches peut paraître légèrement déprimée et présenter l'aspect d'une atrophie superficielle, ou être plane, et située au même niveau que la muqueuse saine du voisinage ou un peu au-dessus de ce niveau ; elle peut être légèrement ou fortement opaline et laisser voir plus ou moins nettement par transparence la couleur rouge-rosé de la surface sous-jacente.

De même que sur la peau on observe des taches, calleuses en totalité, sans bordure annulaire manifeste, de même sur la muqueuse on rencontre, rarement à la vérité, des taches, opalines dans leur totalité et à un degré plutôt élevé, dépourvues de saillie limitante. Chez un malade nous avons rencontré sur la muqueuse une petite tache, d'un blanc opaque, conoïde, à surface irrégulière, presque verruqueuse, qui a son analogue dans les taches verruqueuses cornées de la peau.

La concordance est donc manifeste entre les lésions de la peau et celles de la muqueuse. Il est évident que l'aspect blanc opaque et opalin des taches de la muqueuse correspond à l'aspect calleux ou à l'épaississement corné plus ou moins accusé des taches de la peau.

Nous ne croyons pas devoir passer sous silence de petits îlots d'atrophie superficielle et circonscrite, que l'on peut rencontrer sur la muqueuse et que nous avons considérés comme représentant très vraisemblablement le résidu ultime de taches préexistantes ; ces lésions correspondent aux petites taches atrophiques de la peau, qui, d'après notre observation directe, représentent indubitablement la phase ultime de lésions antérieures. La très lente extension des lésions, leur état stationnaire, dirions-nous presque, la possibilité de leur exagération ou de leur atténuation, la rareté du développement

de lésions nouvelles, etc., sont autant de caractères qui appartiennent aussi bien aux localisations cutanées de l'affection qu'aux localisations sur les muqueuses.

Nous avons déjà dit que les altérations cutanées peuvent débuter par une lésion unique, à laquelle, après une période de temps très variable pouvant atteindre un grand nombre d'années (Mar... 20 ans, Sim... 30 ans), commencent à s'en ajouter d'autres dans la même région ou dans des régions différentes. Or, les lésions suivantes peuvent se présenter à quelques mois ou à quelques années d'intervalle l'une de l'autre, la maladie affectant ainsi une marche progressive continue, ou bien, après des périodes de repos parfois très longues, on voit apparaître quelques lésions au bout d'un temps relativement court, mais se chiffrant toujours par mois ou par années, ce qui donne à l'affection une marche assez irrégulière.

En tout cas, la maladie suit une marche éminemment chronique.

En ce qui concerne le mode de distribution des lésions qui se produisent successivement dans tout le cours de la maladie, nous sommes en mesure, en nous basant sur les renseignements fournis par les rares malades qui ont pu se rappeler leur histoire avec une précision suffisante, d'affirmer qu'il peut y avoir une grande irrégularité et que, par exemple, la maladie peut rester longtemps limitée à un certain nombre de lésions occupant un pied, sans qu'il se produise de nouveaux éléments, jusqu'au moment où le pied du côté opposé est atteint (Torrello Bel...), ou bien au contraire deux régions homonymes sont intéressées simultanément et d'une façon également progressive (les mains chez Torrello Bel... et chez Agathe), ou encore, après l'apparition des premières lésions à l'extrémité d'un membre inférieur, il s'en produit d'autres à l'extrémité du membre supérieur du côté opposé (Mar...). On peut voir aussi les extrémités des membres intéressées pendant longtemps avant que l'affection n'atteigne le visage (Sim...).

Il faut dire cependant que, dans les cas où la durée est déjà longue et où les lésions sont nombreuses, l'affection finit par être bilatérale.

Quant à la muqueuse buccale, nous pouvons dire en toute sûreté que l'affection y présente comme à la peau une marche chronique, mais nous ignorons combien il se passe de temps entre l'apparition des lésions de la peau et de la muqueuse buccale et quel est l'ordre dans lequel elles se produisent. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 JUILLET 1898

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure, par M. Gastou. (Discussion : MM. Du Castel, Jacquet, Leredde.) — Quel est le rôle protecteur des ganglions lymphatiques dans la syphilis, par M. Sottas. (Discussion : M. Du Castel.) — Lymphangites tuberculeuses à marche rapide, par MM. Balzer et Leroy. (Discussion : M. Du Castel.) — Troisième note sur une nouvelle forme de séborrhéide, par M. Hallopeau. (Discussion : MM. Brocq, Du Castel, Besnier.) — Cas de dermatite herpétiforme à lésions systématisées avec production de cicatrices et de kystes épidermiques, par M. L. Brocq. (Discussion : M. Leredde.) — Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme un cas probable de lèpre, par M. Hallopeau. — Les caratès, par M. Sabouraud. (Discussion : M. Moty.) — Lupus tuberculeux traités par les injections de calomel, par M. Du Castel. (Discussion : M. Brocq, Gaucher, Moty, Morel-Lavallée, Fournier, Gastou, Barthélemy, Hallopeau.) — Syphilides tuberculeuses écloses sur l'emplacement d'inoculations vaccinales, par M. A. Fournier. — Syphilides ou tuberculides mutilantes, par M. A. Fournier. (Discussion : MM. Gastou, Besnier.) — De l'emploi du monochloro-phénol dans le lupus et la tondante, par M. Barbe. (Discussion : MM. Sabouraud et Barbe.) — Cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole, par M. Emery. — Micropolyadénopathie inguinale consécutive à un chancre vulvaire chez une femme enceinte, par M. Emery. — Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisation suivant des sphères de distribution nerveuse, par M. Hallopeau et Ernest Gasne. — Syphilis héréditaire ou acquise de la première enfance. — Glossite scléreuse. Lésions dentaires. Syphilome de la cuisse, par MM. Hallopeau et Leredde. (Discussion : M. Fournier.) — Cas de tuberculides ou syphilis, par M. Gastou. (Discussion : MM. Leredde, Barthélemy, Beaudoin). — Dermite chronique électrique professionnelle, par M. Barthélemy. — Hyperostoses nasales de croissance, par MM. Fournier et Didsbury. (Discussion : MM. Moty et Fournier.) — Névrodermite chronique de la verge guérie par les scarifications, par MM. L. Jacquet et Ph. Mesnard. — Syphilis sans adénopathie, par M. Landouzy. (Discussion : MM. Mauriac, Barthélémy, Brocq, Landouzy, Gémy, Renault, Besnier.) — Élections. — Prix Zambaco.

Ouvrages offerts à la Société.

E. Gaucher. — *Traité des maladies de la peau.* Tome I, 1895 et tome II, 1898. Octave Doin, éditeur. Paris.

Lindstrœm. — Modifications du sang des syphilitiques sous l'influence des injections intra-veineuses de mercure. Ext. : *Presse médicale*, 1898.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure.

Par M. Gastou.

Dans la dernière séance de la Société, j'ai montré le moulage de la lésion, présentée par une jeune malade, lésion que vous aviez déjà vue dans une séance précédente et pour laquelle le diagnostic de chancre induré était resté en suspens, en l'absence d'adénopathie et de commémoratifs.

J'avais dénommé cette lésion, d'après ses caractères anatomiques, papillome muqueux bénin. Depuis lors, M. Du Castel a eu l'occasion de donner ses soins à un jeune homme porteur d'un chancre de la lèvre inférieure et d'accidents syphilitiques nets. Or, ce jeune homme, vivant en relations constantes avec la jeune femme en question, on est en droit de penser que, du fait de cette cohabitation, la lésion dont voici le moulage est un chancre et non un papillome bénin, ainsi que j'en avais émis l'opinion dans la précédente séance.

Je renouvelle ici ce que j'ai dit alors, qu'au point de vue histologique il n'existe aucun caractère saillant pouvant faire affirmer que la lésion est un chancre, mais au contraire l'aspect de la lésion est celui d'une néoplasie d'origine lymphatique.

C'est pourquoi, et à l'occasion du fait clinique et de l'étude histologique de la lésion, je demanderai à la Société :

1° Peut-on, de par l'examen histologique, affirmer l'existence d'un chancre syphilitique douteux cliniquement ?

2° Si on admet que cette malade est syphilitique, à cause de la coïncidence d'un chancre et d'accidents syphilitiques chez son amant, ne peut-on dire, de par les caractères cliniques et anatomiques de la lésion, qu'il s'agit d'une syphilome et non d'un chancre ?

3° Enfin, une lésion banale, quelconque, ne peut-elle pas, du fait qu'elle se développe chez un syphilitique, prendre des caractàres cliniques et anatomiques particuliers, dus au terrain syphilisé ?

Telles sont les questions que ce cas me paraît soulever.

M. Du Castel. — Je crois que la lésion est syphilitique. Quoique je n'aie pas trouvé chez la malade d'autres signes en rapport avec l'existence de cette maladie, sa confrontation avec un amant atteint de chancre labial et d'accidents syphilitiques, qu'il semble tenir d'elle, me paraît devoir être un argument probant en faveur de la syphilis.

Je ne discuterai pas la nature histologique de la lésion, mais s'il ne s'agit pas d'un chancre, mais d'un syphilome, le cas est encore bien plus intéressant, puisqu'il soulève la question de la contamination possible par des accidents tertiaires.

M. L. Jacquet. — Je crois volontiers qu'il existe un ensemble de carac-

tères histologiques permettant d'*annoncer* la nature syphilitique d'une lésion. Mais pour l'inverse, c'est-à-dire pour nier *catégoriquement* cette même nature, au cas où rien ne révèle des caractères positifs d'une autre néoplasie, je crois qu'il faut être très réservé, très prudent, le cas de M. Gastou en est une preuve.

M. Leredde. — Je ne crois pas que, sauf dans des cas particuliers, on puisse affirmer qu'une lésion est syphilitique, de par ses seuls caractères histologiques, mais souvent on peut affirmer qu'une lésion ne l'est pas.

Quel est le rôle protecteur des ganglions lymphatiques dans la syphilis ?

Par M. Sottas.

Dans l'avant-dernière séance de la Société, M. Landouzy a présenté un malade atteint de syphilides malignes précoces ; n'ayant constaté chez lui qu'un rudiment d'engorgement ganglionnaire, il a pensé que cette circonstance pouvait peut-être expliquer la gravité et la précocité des manifestations cutanées, et a demandé à la Société si, dans les cas identiques à celui qu'il présentait, ce défaut de réaction ganglionnaire était la règle.

Dans l'impossibilité de répondre, avec certitude, à cette question ainsi posée *ex-abrupto*, la Société prit l'engagement de rechercher à l'avenir l'état des ganglions dans ces formes insolites, et déjà, dans la séance du mois dernier, M. Emery nous présentait un cas de syphilides malignes précoces, avec absence de réaction ganglionnaire, semblant confirmer l'opinion de M. Landouzy sur le rôle frénateur de cette réaction.

Ces communications diverses m'ont rappelé qu'un de mes excellents collègues, le Dr Dubuc, avait, en 1864, alors qu'il était interne de Bazin, pris pour sujet de thèse : *Les syphilides malignes précoces.*

J'ai retrouvé ce travail très soigné et qui, bien que vieux de plus de trente ans, à part quelques considérations sur la syphilisation, est encore absolument au point aujourd'hui.

Eh bien, dans ce texte, où M. Dubuc décrit les syphilides malignes précoces, depuis la pustule profonde jusqu'aux formes tuberculeuse, ulcéreuse et gangréneuse, il signale, à plusieurs reprises, l'engorgement ganglionnaire, tant local que général, et je ne puis résister au désir de vous en citer au moins un passage :

« Le système lymphatique, dit l'auteur, est engorgé dans les « syphilides précoces comme dans les syphilides exanthématiques de « la forme commune. Les ganglions qu'on trouve le plus souvent « hypertrophiés, après ceux de l'aine, qui deviennent les premiers « malades à cause de leur rapport anatomique avec l'accident initial,

« sont les ganglions de la région cervicale postérieure, ce qui s'expli-
« que par la fréquence des éruptions à la tête. Mais l'induration n'est
« pas toujours limitée aux régions que nous venons d'indiquer ; dans
« quelques cas, comme dans l'observation 3, on a noté l'engorge-
« ment de tous les ganglions lymphatiques superficiels du corps.
« Hâtons-nous d'ajouter que cet engorgement est presque toujours
« modéré, et qu'il est rare de voir des ganglions dépasser le volume
« d'une noisette ou d'une amande. »

M. Dubuc a donc nettement constaté l'engorgement ganglionnaire ; aussi bien n'est-ce pas de ce côté qu'il a recherché la cause de ces formes graves de syphilis cutanée ; après avoir fait remarquer que tous ces sujets étaient dans la force de l'âge, robustes pour la plupart, non adonnés à l'alcool, et qu'on ne pouvait invoquer chez eux ni la misère ni les privations, il rapporte que 6 sur 11 de ces malades avaient eu, comme accident initial, un chancre à induration variable, mais compliqué de phagédénisme. Tout en reconnaissant que sa statistique est trop restreinte pour se permettre d'en tirer une conclusion étiologique formelle, il signale cette coïncidence à la méditation du lecteur.

Chez le malade de M. Emery, on trouve aussi une plaque phagédénique dans l'aine et il n'a pas été possible de préciser le siège de l'accident primitif. Dans la neuvième observation de M. Dubuc, la même disposition s'est rencontrée, et cependant la malade était atteinte d'une syphilis maligne précoce au premier chef, car elle succomba, sept semaines seulement après le début des premières manifestations constitutionnelles, à des complications viscérales syphilitiques multiples.

Il appert enfin du travail de M. Dubuc que dans ces formes de syphilides malignes précoces, le traitement mercuriel seul, sous quelque forme et à quelque dose qu'on l'emploie, est absolument impuissant même à modifier la marche de l'éruption ; qu'il faut, de toute nécessité, lui associer l'iodure de potassium et même donner à celui-ci le rôle prépondérant dans l'association.

Si j'ai exhumé la thèse de mon ami Dubuc, c'est qu'elle m'a paru être, jusqu'à plus ample informé, une réponse topique à la question de M. le professeur Landouzy et aussi de nature à intéresser la Société au moment où cette question des syphilis malignes précoces est remise à l'ordre du jour.

M. Du Castel. — La note que vient de lire M. Sottas est des plus intéressantes. Il semble donc qu'un chancre puisse parfaitement ne pas s'accompagner de ganglions et être néanmoins syphilitique. Tel le cas dont vient de nous parler M. Gastou.

Il semble aussi qu'il n'est pas besoin de ganglions pour arrêter la syphilis, puisque dans les syphilis malignes on rencontre tantôt des adénopathies intenses et multiples, tantôt l'absence d'adénopathies.

Lymphangites tuberculeuses à marche rapide.

Par MM. F. Balzer et Leroy.

Joseph L..., âgé de 23 ans, tailleur d'habits, entre le 23 juin à l'hôpital Saint-Louis dans la salle Hillairet, nº 15. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de maladies antérieures ; mais il tousse et crache un peu tous les hivers depuis trois ou quatre ans. A l'âge de 15 ans, il eut au médius de la main droite une ulcération symptomatique d'une ostéo-périostite encore manifeste aujourd'hui. A la suite de cette ulcération, quelques semaines après, il se développa à la face dorsale de la main, au bord cubital de l'avant-bras droit, à la face interne du bras droit et dans l'aisselle une série de nodosités volumineuses qui s'ulcérèrent et laissèrent à leur suite des cicatrices encore visibles actuellement et qui sont blanchâtres, presque lisses, un peu déprimées. L'une d'elles adhère au périoste du cubitus.

L'ensemble de ces accidents dura environ deux mois, donnant un exemple remarquable de cicatrisation spontanée. Cette première poussée de lymphangite a pris le bord interne du membre supérieur.

Trois ans après, le médius gauche fut atteint à son tour d'ostéo-périostite ; il se forma un abcès qui laissa à sa suite une fistule profonde et persistante.

La seconde poussée de lymphangite est récente, car les accidents pour lesquels le malade entre actuellement à l'hôpital remonteraient à deux mois. Cette fois, la poussée a suivi le bord interne du membre supérieur droit. On voit sur le bord postéro-interne de l'avant-bras quatre foyers tuberculeux superposés et suivant nettement le trajet des lymphatiques de la région. La peau qui les sépare présente une coloration normale, elle est mobile sur les tissus sous-jacents ; en quelques points, une palpation attentive permet de sentir les cordons indurés constitués sans doute par les lymphatiques engorgés. Plus distante des éléments précédents, sous l'épitrochlée on note la présence d'une lésion similaire ; une autre encore siège à l'aisselle au niveau du rebord saillant du grand pectoral.

A la face dorsale de la main gauche, on trouve au niveau de la racine du pouce une gomme isolée.

L'évolution des éléments est la suivante : ils débutent, au dire du malade, par de petites nodosités qui augmentent assez rapidement de volume ; à leur niveau la peau rougit et s'indure, puis la petite tumeur se ramollit et s'ouvre en laissant couler du pus. Le pourtour de l'orifice ainsi formé s'agrandit, les bords se décollent et s'amincissent ; la peau du voisinage s'infiltre et prend une teinte violacée.

Actuellement, le fond de l'ulcération est sanieux et bourgeonnant; par la pression, on fait facilement sourdre le pus. Les foyers inflammatoires présentent une forme irrégulièrement arrondie ; leur dimension moyenne est d'une pièce de deux francs. L'ulcération n'occupe qu'une petite partie de cette surface, la majeure partie étant constituée par une peau infiltrée, amincie, que l'on fait facilement glisser sur le fond de l'ulcère. Cette peau est lisse à sa face interne, qui semble recouverte par

l'épiderme et ne présente aucune tendance à se recoller et à adhérer au fond bourgeonnant de l'ulcère.

Quoique presque contemporains, les éléments ne sont pas tous au même stade d'évolution, les plus rapprochés de la main étant les plus avancés. L'élément le plus inférieur du bras droit a été gratté à la curette depuis l'entrée du malade à l'hôpital. D'une façon générale, l'ulcération de la tumeur se produit un mois après son apparition.

Les ganglions du coude ne sont pas perceptibles, ceux de l'aisselle droite sont engorgés.

Les deux médius atteints d'ostéo-périostite sont déformés et volumineux ; la peau qui les recouvre est rouge ou violacée et peu mobile ; au médius gauche qui présente une fistule persistante, la peau adhère intimement à l'os.

On note de plus au niveau de la racine du médius droit, deux petites ulcérations gommeuses de date récente.

L'état général est assez bon ; le malade tousse et crache un peu, les fonctions digestives sont normales. L'auscultation ne révèle aucun signe net de tuberculose pulmonaire.

L'examen clinique ne permet aucun doute sur la nature des lésions. Il s'agit manifestement de gommes tuberculeuses ayant débuté dans le périoste et l'os des phalanges des doigts ; secondairement, lymphangite avec foyers tuberculeux qui se sont développés en deux poussées successives et en s'échelonnant sur le bras droit jusqu'à l'aisselle.

Ces gommes tuberculeuses lymphangitiques évoluent nettement avec les caractères assignés par les auteurs à cette forme de la tuberculose cutanée, aujourd'hui bien distinguée des autres variétés : formation d'une nodosité sous-cutanée qui ne tarde pas à se ramollir, amincissement progressif de la peau, évacuation du contenu purulent, formation d'un ulcère à bords très amincis, profondément décollés. Ces bords n'offrent pas de tendance à adhérer sur le fond bourgeonnant à cause de l'enroulement de l'épiderme et de l'organisation du revêtement cellulaire de leur face profonde. Toute cette évolution suppurative se fait à froid, comme l'ont bien démontré les auteurs qui ont le mieux étudié la question dans ces dernières années (Hallopeau, Gaucher, Lejars, Goupil, etc...). Ces gommes tuberculeuses sous-cutanées représentent les abcès froids des anciens (Lannelongue), et elles en offrent bien les allures dans leur évolution et dans l'organisation de leurs parois.

Les doigts paraissent avoir été le point de départ et peut-être la porte d'entrée de la tuberculose qui a atteint bientôt le périoste et l'os, puis s'est étendue en suivant la voie des lymphatiques.

Ce qui nous paraît frappant dans ce cas, c'est l'individualisme de cette variété de tuberculose. Les cicatrices qui existent sur le bord cubital de l'avant-bras droit offrent assez bien l'apparence de cica-

trices lupiques, mais l'observation du malade nous apprend que les lésions ont évolué en ce point en trop peu de temps pour que le diagnostic de lupus puisse être discuté.

Il faut remarquer aussi la rapidité avec laquelle se sont produites les deux poussées de lymphangite : la première aurait évolué en deux mois, au dire du malade. Celle que nous avons actuellement sous les yeux date également de deux mois et ne tend plus à progresser. Nous sommes disposés à penser que les infections secondaires ont dû favoriser le développement rapide de ces lymphangites.

Mais pour créer des lésions dont l'évolution clinique reste ainsi identique à elle-même et sans mélange avec les autres formes de la tuberculose cutanée, il faut que l'agent pathogène de la tuberculose puisse vivre indéfiniment dans un état spécial d'atténuation qui ne se modifie que très difficilement. L'identité d'évolution nous paraît avoir été manifeste ici à la fois dans la peau, dans l'os et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous n'ajouterons qu'un mot relatif au traitement qui sera le suivant : excision des bords décollés des ulcères, curettage du fond bourgeonnant des ulcères, pansement à l'iodoforme. Ces petites opérations seront faites, bien entendu, après anesthésie locale préalable avec la cocaïne à 1 p. 100 ou avec le liquide de Schleich.

M. Du Castel. — Le malade a eu antérieurement une tuberculose verruqueuse du côté gauche, tuberculose dont la guérison a été spontanée.

Troisième note sur une nouvelle forme de séborrhéide.

Par M. H. Hallopeau.

La poussée aiguë que nous avons décrite dans nos précédentes communications sur la nommée Bern.... est entièrement éteinte ; la desquamation en larges et épais lambeaux ne s'est effectuée qu'une fois : elle était déjà presque complète lorsque nous avons présenté la malade au mois de mai ; depuis lors, les faces palmaires et plantaires, qui restaient seules atteintes, se sont à leur tour dépouillées de leur épiderme et la maladie est entrée dans une nouvelle phase; on n'a pas revu, en effet, les boutons suppurés confluents, si remarquables, du début, non plus que les petites squames avec prolongements comédoniens ; les seuls phénomènes anormaux qui soient encore appréciables consistent en une légère desquamation furfuracée actuellement localisée en quelques régions et une coloration érythémateuse sombre ; les altérations présentent leur maximum d'intensité derrière les oreilles où elles revêtent les caractères typiques de la dermatose séborrhéique ; le cuir chevelu est également intéressé suivant le même mode ; le visage a repris son aspect normal ; la desquamation est peu abondante sur le tronc : elle n'y est

plus représentée que par de légers *furfurs ;* ils reposent sur des plaques érythémateuses, d'une couleur pâle, appréciables au toucher plutôt par la sensation douce que donne leur surface que par une très légère saillie ; elles forment pour la plupart de larges traînées, mesurant de 2 à 6 millimètres, dirigées verticalement et réunies par des anastomoses transversales ; les intervalles de peau saine forment un réseau intercalé au précédent.

La desquamation est encore appréciable, dans une très faible mesure, au niveau des bras, à la partie supéro-interne des cuisses et à la plante des pieds ; elle ne s'accompagne plus de prurit.

En somme, des îlots disséminés de desquamation avec une légère coloration érythémateuse et des lésions typiques de séborrhée au cuir chevelu ainsi que derrière les oreilles restent les seuls vestiges de la dermatose aiguë décrite précédemment : il n'y a plus trace en particulier des pustulettes non plus que des relations indiquées précédemment entre les squames et des comédons.

Il ne s'agit pas cependant d'une simple desquamation consécutive à cette dermatose aiguë ; depuis deux mois, en effet, les squames sont tombées et se sont renouvelées incessamment ; il y a donc là une éruption dont la parenté avec la précédente est indiscutable, mais qui cependant en diffère par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques.

Comment la dénommer ? elle ne peut recevoir l'étiquette de *psoriasis*. On sait qu'Unna a établi l'existence de relations étroites entre la séborrhée et le psoriasis et que, suivant lui, un bon nombre des faits généralement classés dans le psoriasis vulgaire ne sont autres que des affections séborrhéiques psoriasiformes.

Nous avons le regret de n'être pas d'accord à cet égard avec notre éminent collègue de Hambourg : pour nous, il a décrit surtout, non une séborrhée psoriasiforme, mais un psoriasis empruntant au terrain séborrhéique des caractères particuliers ; nous avons invoqué, en faveur de cette manière de voir, les résultats du traitement qui sont les mêmes que dans le psoriasis et non dans la séborrhée ; mais s'agit-il ici d'un de ces psoriasis séborrhéiques ? Cette éruption n'en présente pas les caractères ; nulle part en effet les plaques ne sont nummulaires ; nulle part il n'y a trace d'imbrication des squames ; l'affection n'existe plus aux coudes ni aux genoux ; la surface desquamée ne saigne pas facilement sous l'influence du grattage : cette éruption n'est donc pas psoriasiforme.

On ne saurait soutenir davantage l'hypothèse d'un psoriasis foliacé : le tégument de la malade ne présente pas en effet la coloration rouge intense et uniforme qui caractérise cette éruption ; les sensations de cuisson et de prurit font entièrement défaut ; enfin, nous le répétons, les altérations du cuir chevelu et rétro-auriculaires sont, en toute évidence, celles que l'on décrit dans la séborrhée.

Nous sommes ainsi conduit à admettre que cette femme est actuellement atteinte *d'une dermatose érythémato-squameuse séborrhéique* survenue consécutivement à la dermatite suppurative précédemment décrite.

Il ne nous paraît pas possible de leur donner un des noms usités en dermatologie : il ne s'agit pas plus d'un eczéma que d'un psoriasis ; ni la distribution de l'érythème, ni les caractères des squames ne sont ceux que l'on observe dans cette dermatose ; on ne peut dire non plus que nous ayons affaire à un pityriasis ; ni l'étendue d'une partie des squames ni la disposition en traînées de l'érythème ne s'observent dans cette affection.

Nous nous trouvons ainsi conduit à créer une nouvelle dénomination et nous proposons celle de *séborrhéide érythémato-squameuse*, en donnant au radical *séborrhée* une signification surtout clinique, car, si l'observation justifie pleinement le rapprochement qui a été fait sous ce nom, surtout par Unna, entre des dermatoses qui diffèrent par leur aspect et leur localisation, il n'est pas encore pleinement démontré qu'elles soient toutes subordonnées à un trouble dans l'excrétion graisseuse.

Si notre proposition est adoptée, il y aura lieu de distinguer des *séborrhéides pityriasiques, eczémateuses, marginées, nummulaires, psoriasiformes, exfoliatrices et suppuratives de diverses formes.*

(Cette note était rédigée lorsque j'ai eu connaissance d'un article publié par M. Brocq, le 6 mars 1897, dans la *Presse médicale* sous le nom de *séborrhéites*, lequel a été rectifié en *séborrhéides* dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, numéro de septembre de la même année : la priorité revient donc à notre excellent collègue et ami ; je me félicite seulement d'être arrivé de mon côté à la même conception.)

M. Brocq. — Je suis très heureux de voir M. Hallopeau accepter la dénomination de séborrhéides, par laquelle j'ai remplacé celle de séborrhéites que j'avais d'abord employée.

M. Du Castel. — Cette malade a fait une sorte de poussée éruptive infectieuse, une véritable dermatite infectieuse.

M. Besnier. — Il s'agit bien d'une dermatite qui est démontrée par les lésions des ongles, et qui, par ses caractères, ressemblait à certains eczémas séborrhéiques.

Mais c'est une dermatite à dénommer, son évolution n'est pas celle des dermatites analogues, car alors qu'elle semblait devoir être maligne, elle s'est améliorée rapidement.

Cas de dermatite herpétiforme à lésions systématisées avec production de cicatrices et de kystes épidermiques.

Par M. L. Brocq.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît digne d'être signalé à votre attention pour deux raisons :

La première à cause de l'aspect assez spécial qu'a revêtu sa dermatose, la seconde à cause de la médication que nous lui avons fait subir.

Voici, d'après les notes qui m'ont été fournies par mes excellents internes MM. L. Bernard et Lenglet, comment on peut résumer son histoire.

C'est un homme de 71 ans dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, et qui n'offre comme antécédents personnels, au point de vue cutané, qu'une éruption discrète composée de 30 ou 40 éléments environ survenue après sa première vaccination vers l'âge de dix ans. Vers l'âge de 50 ans il a eu de violentes crises hépatiques, puis un abcès de la région anale, abcès qui fut suivi de fistule dont on ne put le guérir qu'après une série d'opérations.

L'affection dont il est atteint a commencé en décembre 1896 à la suite de violents chagrins, dit-il (mais il faut ajouter que ces ennuis ont précédé d'environ trois mois les premiers phénomènes éruptifs), par une éruption d'éléments rouges faisant saillie, modérément prurigineux, qui s'excoriaient facilement par les frottements et le grattage, ou qui se desséchaient en se recouvrant d'une croûtelle centrale.

La première région atteinte a été le cuir chevelu, puis les joues et enfin la poitrine.

En mai 1897, l'éruption s'étendit et devint nettement bulleuse, les éléments éruptifs étaient disséminés çà et là, en quelques points du corps, mais ils prédominaient à la région présternale, aux aisselles, et vers les plis génito-cruraux : et ils ont en somme toujours présenté une remarquable tendance à se systématiser en quelques régions circonscrites des téguments.

D'après les renseignements fournis par le malade, ces bulles se flétrissaient peu à peu ou s'ouvraient accidentellement; elles se recouvraient d'une croûte brunâtre, assez épaisse, qui reposait sur un derme suintant ; puis elles se détachaient en laissant la peau rouge; peu à peu cette coloration disparaissait, mais il restait un aspect lisse, un peu brillant, parfois blanchâtre, parfois grisâtre ou légèrement pigmenté.

Les démangeaisons ont été pour ainsi dire constantes : elles ont parfois atteint, au dire du malade, une telle intensité, surtout au niveau de la région présternale, qu'elles provoquaient de véritables crises nerveuses.

C'est en février 1898 que ce malade est venu nous voir pour la première fois à notre policlinique dermatologique de l'hôpital Pascal. Voici en quelques mots quel était son état.

Sur le devant de la poitrine, vers la ligne médiane, se voyaient trois

plaques éruptives, étagées les unes au-dessus des autres : la plus élevée était de beaucoup la plus considérable; elle était située un peu au-dessus de la fourchette sternale.

Chaque plaque était irrégulièrement ovalaire à grand axe transversal, rouge, un peu cicatricielle d'aspect ; elles étaient recouvertes en partie de croûtelles épaisses arrondies ou un peu irrégulières, vestiges de bulles desséchées.

Au niveau de la plaque supérieure se voyaient des sortes de vésicules et de toutes petites bulles de la grosseur d'un tout petit pois, les unes transparentes, d'autres louches ou d'un jaune brunâtre.

Au niveau des creux axillaires se voyaient des placards semblables, rouges et présentant quelques bulles de quatre à six millimètres de diamètre.

Les deux joues au niveau de leur partie latérale préauriculaire et les régions voisines des tempes présentent une vaste plaque cicatricielle d'aspect ; à ce niveau la barbe, qui a été épilée en mai 1897, n'a jamais repoussé. Les bords de ces plaques sont assez nettement arrêtés ; mais ils sont assez irréguliers. Leur surface est violacée par places, blanchâtre en d'autres, lisse sur la plus grande partie de son étendue ; cependant en quelques points, surtout vers les bords, se voient quelques croûtelles d'un jaune brunâtre consécutives à des bulles anciennes, et une ou deux grosses bulles récentes du volume d'une petite cerise remplies de liquide séreux transparent.

En outre, la surface de ces plaques cicatricielles se trouve parsemée çà et là d'un assez grand nombre de kystes épidermiques miliaires, formant des ponctuations d'un blanc jaunâtre des plus accentuées.

Le cuir chevelu est également envahi par l'éruption : au niveau de régions alopéciques, ou même au niveau de points où les cheveux existent encore, se voient des croûtelles jaunâtres ou d'un jaune brunâtre, vestiges de bulles, reposant sur un cuir chevelu d'un rouge plus ou moins vif, et par places des bulles récentes, transparentes, quelques-unes sans rougeur périphérique, et comme formées d'emblée sur le cuir chevelu sain, du moins en apparence.

A plusieurs reprises le malade a éprouvé des sensations fort pénibles de picotement à la gorge : ces sensations ont persisté parfois pendant plusieurs jours sans que l'on ait pu nettement y constater d'éruption.

L'éruption procède par poussées successives ; les bulles évoluent en cinq à dix ou quinze jours ; dès qu'elles sont guéries, elles sont remplacées par d'autres, et ainsi de suite. Actuellement elle est fort prurigineuse, douloureuse même lorsque les bulles ont été excoriées.

L'état général du malade est satisfaisant : on n'a guère à noter chez lui qu'un certain degré d'artériosclérose.

Il a été immédiatement soumis aux bains statiques secs avec effluves légères. Les premiers essais n'ont pas semblé donner de bons résultats. Il y a eu de nouvelles poussées de bulles au niveau des deux centres nouveaux d'éruption, l'un vers le coude gauche, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, l'autre vers le milieu de la cuisse droite, de 8 à 10 centimètres de diamètre. Mais, après de fort nombreuses séances en mai, les déman-

geaisons ont paru diminuer et les bulles sont devenues moins fréquentes.

Voici quel était son état le 12 juin.

Vers l'angle de la mâchoire gauche, sur le bord de la plaque cicatricielle, démangeaisons fort vives et soulèvements bulleux : on en retrouve également sur la tempe et la joue droite, mélangés à des croûtes, sur le cuir chevelu où ils sont très irrégulièrement disséminés, à la région présternale, à la partie médiane du dos, à la cuisse droite, où les lésions sont constituées par des éléments érythémateux, érythémato-bulleux et croûteux.

Le 4 juillet, nous constatons que l'état du malade est vraiment meilleur. Les démangeaisons ont beaucoup diminué d'intensité. Les éruptions bulleuses sont beaucoup moins nombreuses. Il s'en forme à peine quelques-unes de temps en temps sur la limite des plaques des joues. Il y en a toujours quelques-unes, mais moins volumineuses qu'autrefois, sur le cuir chevelu. La plaque présternale est encore rouge, couverte de squames et de croûtelles, mais on n'y voit plus de bulles en activité ; au niveau du coude gauche, la peau de la plaque qui se trouve en ce point est rouge, luisante, un peu cicatricielle d'aspect, mais il n'y a pas eu de bulles depuis quelque temps, quoique le malade y éprouve de vives démangeaisons. Par contre, la plaque de la cuisse droite est en pleine activité : elle est recouverte de plusieurs bulles transparentes et de croûtelles, le tout reposant sur un fond rouge ; tous les jours, il s'y forme de nouveaux éléments, mais il n'y a pas trop de prurit en ce point. Par contre, le malade éprouve à la nuque des démangeaisons extrêmement vives, bien que les téguments n'y présentent aucune lésion visible.

L'examen du liquide des bulles a révélé la présence d'une grande quantité de cellules éosinophiles ; mais notre distingué interne, M. Lenglet, n'en a pas trouvé dans le sang : il est vrai de dire que ce dernier examen a été fait à quelques jours de distance de l'examen des bulles. Les urines ne renferment que fort peu d'urée, de 6 à 7 grammes en vingt-quatre heures : il y a donc une hypoazoturie des plus accentuées ; elles contiennent en outre des traces sensibles d'indican.

Les particularités les plus intéressantes de l'histoire clinique de ce malade peuvent donc être résumées de la manière suivante :

Éruption érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse, datant de plus d'un an et demi, s'accompagnant de démangeaisons parfois des plus vives, parfois assez modérées, se produisant par poussées presque incessantes, et se faisant toujours en des régions nettement circonscrites ; en outre ces régions, surtout au niveau des joues, ont peu à peu pris un aspect cicatriciel : ce processus a même été assez accentué pour déterminer l'atrophie des bulbes pileux et la production de petits kystes épidermiques, analogues à ceux que l'on observe dans la dermatose à laquelle nous avons donné les noms de pemphigus successif à kystes épidermiques, et que M. le Dr Hallopeau a bien étudié dans ces derniers temps sous le nom de dermatite bulleuse congénitale avec kystes épidermiques.

Quel diagnostic devons-nous porter chez ce malade ? Il est évident que si l'on ne considère que la marche générale de l'affection, son début il y a un an et demi, son évolution par poussées incessantes, la nature érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse des lésions cutanées, le prurit qui les accompagne, la conservation du bon état général du sujet, l'absence de toute lésion viscérale, etc... on conclut à la dermatite herpétiforme. Mais il faut reconnaître que l'aspect en est véritablement insolite. La fixité des lésions en certaines zones circonscrites des téguments, zones qui ne sont pas les lieux d'élection des éruptions de la dermatite herpétiforme, leurs récidives incessantes en ces points tout comme le font certaines éruptions médicamenteuses, enfin la production de cicatrices avec alopécie et kystes épidermiques ; tout cet ensemble de phénomènes est parfaitement anormal dans la dermatite herpétiforme et imprime à ce cas particulier un cachet tout spécial.

Certes nous savons bien que des faits analogues ou tout au moins presque analogues ont été signalés, un entre autres par M. le Dr L. Wickham, et dans lequel les téguments s'infiltraient par places, se sclérosaient, par places semblaient amincis, lisses, comme atrophiés, mais quant à nous nous n'avions encore jamais vu de lésions identiques comme aspect et comme évolution à celles que nous vous présentons.

D'après nos indications, M. le Dr Bisserié a bien voulu traiter ce sujet dans notre service par les bains électriques secs et les effluves. Le malade est soumis à cette médication depuis 4 mois, de 20 à 22 fois par mois, ce qui porte à 90 environ le nombre de séances qu'il a subies. Certes le résultat ne peut être considéré comme mauvais puisqu'il va mieux ; il semble même, et le malade le croit, que l'électricité lui ait fait un certain bien, qu'elle l'ait tonifié, et lui ait calmé quelque peu les démangeaisons. Mais enfin il faut bien reconnaître que les résultats ne sont pas assez nets pour entraîner la conviction, et que l'amélioration pourrait aussi, sans trop de scepticisme, être mise sur le compte de l'évolution normale de la maladie.

M. le Dr Bisserié a également soigné dans notre service par l'électricité statique un autre cas de dermatite herpétiforme variété circinée vésiculeuse, c'est-à-dire répondant exactement comme type objectif à la dénomination d'herpétiforme. Le prurit qui était extrême chez cette malade, semble avoir été calmé par cette médication, et quand nous l'avons perdue de vue après plusieurs mois d'observation elle était en bon état.

M. Leredde. — Je me demande quelle étiquette mettre à cette affection si ce n'est celle de maladie de Duhring. Il ne faut pas oublier combien les variétés de cette maladie sont nombreuses.

Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme un cas probable de lèpre bretonne.

Par M. H. HALLOPEAU.

La dermatose de cette malade, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société le 20 mai 1897, a continué à évoluer avec des caractères identiques à ceux que nous lui avons reconnus à cette époque.

Il s'agit toujours de poussées érythémateuses et papuleuses se reproduisant dans les mêmes régions, se disposant le plus souvent en forme de fragments de cercles ou de cercles complets, parfois de plusieurs cercles concentriques, de cocardes, s'atténuant graduellement tout en prenant une teinte bistrée qui vient doubler la coloration rouge et persiste après la disparition de cette dernière et s'accompagnant de prurit ; on voit toujours réapparaître, lorsqu'on laisse la malade quelques instants découverte, des éruptions qui, au premier abord, semblaient éteintes ; la sensibilité est toujours conservée dans tous ses modes ; aujourd'hui, les grandes plaques axillaires ne sont plus représentées que par une légère teinte bistrée, mais on retrouve, avec les mêmes caractères qu'il y a dix-huit mois, les plaques fessières; une partie des éléments éruptifs sont de date toute récente.

Sous l'aisselle droite, on voit une plaque légèrement saillante, d'apparence ortiée par places, d'un rouge vif, affectant la forme d'une parabole dont la longueur atteint 6 centimètres et la largeur de 5 à 6 millimètres ; sous l'aisselle gauche, se trouve, au milieu des vestiges de l'ancienne plaque, un cercle érythémateux qui mesure 23 millimètres sur 16 ; lorsque l'on comprime avec le doigt cette surface rouge, on voit apparaître la coloration pigmentée ; l'aire circonscrite est d'un rouge moins vif que le rebord légèrement saillant ; plus bas, on voit une tache d'apparence ortiée. Sur la fesse droite, la grande plaque érythémateuse persiste ; elle est le siège d'une nouvelle poussée ; il s'y dessine un rebord qui mesure 16 centimètres verticalement sur 9 transversalement ; sa couleur rouge s'efface sous le doigt en laissant une teinte pigmentée ; on voit sur la fesse gauche une éruption semblable ; partout, la rougeur s'accentue très notablement lorsque la malade est déshabillée depuis quelques instants.

Les extrémités présentent, très prononcés, les signes de l'asphyxie locale.

Les contacts, les impressions douloureuses et les sensations thermiques sont perçues partout avec une remarquable acuité.

Ce qui nous frappe dans ce nouvel examen, c'est le caractère ortié d'une partie au moins des nouveaux éléments éruptifs : en nous reportant à notre première note, nous voyons que l'éruption a débuté trois ans auparavant par des boutons, qu'une partie des plaques érythémateuses étaient dès lors saillantes, que leur apparition s'accompagna d'un prurit intense, qu'il existait chez cette femme un autographisme

très prononcé; si nous considérons, d'autre part, que les recherches multipliées des bacilles dans les biopsies n'ont donné que des résultats négatifs et que la sensibilité, quatre ans après le début de la maladie, est partout indemne, nous sommes conduit à penser, contrairement à notre première impression, qu'il ne s'agit pas là d'une lèpre fruste, mais bien d'une urticaire pigmentée de forme anormale. Nous rappellerons, à cette occasion, que M. Besnier avait formulé des réserves relativement au diagnostic de lèpre donné par nous comme probable, et que M. Jeanselme s'est constamment refusé à l'admettre malgré les avis formulés, après la Conférence de Berlin, par plusieurs léprologues des plus expérimentés.

D'autre part, le diagnostic d'urticaire pigmentée n'avait été jusqu'ici formulé, ni par mes collègues lors de notre première présentation, ni dans mon service par aucun des nombreux et très distingués confrères français et étrangers auxquels j'ai montré cette malade.

C'est que sa dermatose diffère, à divers égards, du tableau classique de cette éruption : les saillies y sont le plus souvent éphémères et l'on n'a d'ordinaire sous les yeux que des taches érythémateuses ou des nappes pigmentées ; l'existence de larges surfaces pigmentées et limitées par un rebord net n'a pas, à notre connaissance, été signalée dans cette urticaire : la disposition des éléments en fragments de cercles, en paraboles et surtout en cocardes y est également exceptionnelle; nous l'avions cependant observée dans un fait que nous avons publié dans la *Semaine médicale* (1) sous le nom de *forme lichénoïde d'urticaire persistante*; il n'est pas habituel enfin de voir cette éruption se développer chez un adulte.

On conçoit que, dans ces conditions, nous ayons pensé à une affection d'une autre nature et que le diagnostic de lèpre nous soit venu à l'esprit, peut-être, en partie, sous l'influence du pays dans lequel elle s'est développée, car, depuis les si remarquables travaux de notre excellent ami Zambaco, on doit penser à la lèpre lorsqu'on se trouve en présence d'une dermatose énigmatique d'origine bretonne.

Si, cette fois, nous sommes dans le vrai, il faut admettre que *l'urticaire pigmentée peut se disposer en cercles ou fragments de cercles, qu'elle peut figurer des cocardes, que la pigmentation consécutive peut constituer de larges nappes uniformes, que des poussées secondaires peuvent se développer dans l'aire de ces plaques, que les cercles érythémateux consécutifs aux éruptions papuleuses peuvent persister pendant des mois et même des années en se mêlant d'un caractère pigmenté, que leur couleur érythémateuse peut s'accentuer ou même reparaître sous l'influence*

(1) H. Hallopeau. Des urticaires et plus particulièrement de leurs formes érythémateuse et lichénoïde persistantes. *Semaine médicale*, 31 mars 1894.

du contact de l'air, que les sensations prurigineuses peuvent être passagères et modérées, qu'il peut se produire concurremment des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités. Si l'on rapproche ce fait de celui que nous avons présenté à la Société dans sa dernière séance et de l'observation que nous avons publiée sous le titre d'*urticaire lichénoïde pigmentée et persistante*, on peut voir que *cette dermatose est susceptible de revêtir des formes multiples*, chacune d'elles conservant comme caractéristiques le début des éruptions par des élevures ortiées et la pigmentation consécutive.

Les caratés.

Par M. SABOURAUD.

On désigne sous le nom de *caratés* toute une série de dermatoses propres à l'Amérique équinoxiale. Elles sont caractérisées par de larges plaques d'épidermite desquamative avec troubles pigmentaires pseudo-vitiligineux. Ces affections naissent de préférence sur les parties découvertes : pieds, mains, visage, mais elles peuvent envahir la totalité du tégument externe. Ce sont des maladies essentiellement chroniques, d'une durée de 20, 30, 40 ans et considérées comme à peu près incurables comme autrefois le favus ; ces maladies sont de progression excentrique et guérissent spontanément par sclérose du centre de la lésion pendant qu'elles progressent par la périphérie.

On en distingue quatre espèces cliniques qui ont elles-mêmes des variétés. Ce sont les *caratés* noir, violet, bleu, et rouge. Les uns sont propres à la population nègre, les autres aux blancs et aux métis.

Cette maladie a été déjà étudiée en France par Alibert, en Colombie par Zea, Uribechyel et J. Gomez. En Belgique, Gastambide a étudié *la Pinta* du Mexique, maladie analogue au Caraté mais non identique.

M. le Dr Montoya, professeur à la Faculté de médecine de Médellin (Colombie), vient de consacrer une année à l'étude microscopique des *caratés* dans le laboratoire de l'école Lailler. Il m'a chargé de présenter ici les résultats de ses recherches :

Tous les *caratés* sont des mycoses. Les squames des différentes espèces montrent des parasites analogues, mais non semblables. Les *caratés* sont des *aspergilloses* de la peau. Dans l'épaisseur des squames de l'épiderme malade, on trouve non seulement un réticulum mycélien, mais ce mycélium supporte des fructifications aspergillaires tout à fait reconnaissables. La série des *caratés* montre ainsi toute une série de champignons aspergilloïdes complètement analogue à la

série maintenant connue des trichophytons. A l'heure actuelle, nous avons pour chacune des espèces de *caraté* l'examen microscopique positif de la squame, la culture, l'inoculation positive au lapin et la preuve de la rétro-culture. Voici un lapin inoculé il y a cinq semaines avec une culture de *caraté* noir et qui présente une plaque de 30 centim. de long sur 15 de large, teinte en noir entièrement et sur laquelle nous observons de jour en jour la progression périphérique de la lésion et sa guérison progressive au centre.

Un nombre considérable de recherches sur le caraté reste à faire. Parmi elles, les recherches thérapeutiques priment toutes autres. L'action externe des mercuriaux paraît certaine, et il semble probable que la guérison des *caratés* serait en pratique une affaire de temps et de patience.

L'origine des *caratés* présente un problème de prophylaxie extrêmement intéressant. D'abord M. le D[r] Montoya a retrouvé les champignons du *caraté violet-cendré* dans les eaux minières des mines d'or. Ces eaux, chargées de sulfate de fer et de cuivre, n'empêchent pas plus la vie du parasite que l'adjonction de ces sulfates à ses cultures artificielles. De même M. le D[r] Montoya a retrouvé les semences des divers *caratés* sur les moustiques du genre *stimulium* et sur une espèce innominée du genre *Acanthia* (punaises). L'origine saprophyte des *caratés* apparaît donc aussi manifeste que l'origine saprophyte des trichophytons.

Un dernier problème que soulève encore l'étude des caratés est la détermination mycologique des espèces parasitaires qui le causent. Elles se rapprochent certainement des *Aspergillus* déjà connus, mais, d'après M. le professeur van Thieghem, ces espèces ne sont encore pas décrites et nommées. Quelques-unes offrent des caractères intermédiaires entre le groupe *Aspergillus* et le groupe *Penicillum*. D'autres enfin, plus dégradées, se rapprochent du genre *Monilia*.

L'ensemble de ces recherches éminemment intéressantes éclaire d'une vive lumière l'étude comparée des dermatomycoses en tous pays.

M. MOTY. — Les tricophyties des pays chauds sont nombreuses et chacune d'elles a un nom spécial à chaque pays.

Lupus tuberculeux traités par les injections de calomel.

Par M. DU CASTEL.

Tout médecin qui nous apporte une méthode de traitement nouvelle pouvant faciliter la guérison du lupus tuberculeux de la face, est compté parmi ceux qui rendent un grand service à la dermatologie;

chacun de nous a trop souvent expérimenté combien nous sommes peu puissants dans nombre de cas malgré la multiplicité des ressources dont nous disposons. Le docteur Asselbergs, de Bruxelles, a droit à notre reconnaissance par l'étude méthodique qu'il a faite de l'action des injections de calomel dans le lupus. Avant de vous montrer mes malades, je crois devoir vous rappeler les conclusions auxquelles notre distingué confrère est arrivé : L'action de l'injection de calomel sur le lupus tuberculeux vrai est certaine et ne saurait être mise en doute. Sur 25 malades traités par la méthode, tous ont subi une modification variable, depuis la simple réduction jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques. Les deux malades qui n'ont pas été améliorés étaient arrivés à un degré de cachexie tuberculeuse avancé. L'effet utile est surtout marqué à la suite des premières injections ; l'infiltration et l'ulcération sont les éléments constitutifs les plus vivement attaqués ; le tubercule est influencé, mais résiste souvent. Aussi les lupus les plus modifiés sont-ils ceux qui se font remarquer par leur ulcération et l'infiltration profonde du derme et du tissu cellulaire sous-cutané.

En lisant les observations du docteur Asselbergs, nous voyons du reste qu'il a chez presque tous ses malades associé, à un moment donné, les traitements chirurgicaux aux injections pour précipiter la guérison, qui est restée le plus souvent incomplète.

Voici deux malades soumises depuis le 24 décembre dernier au traitement du Dr Asselbergs ; elles ont reçu tous les huit jours une injection de 5 centigrammes de calomel. Les effets immédiats ont été une douleur de la fesse, quelquefois une très légère élévation thermique explicable autant par l'action locale de l'injection que par une réaction générale de l'économie.

A la suite des premières injections surtout, quelquefois encore dans ces derniers temps, mais à un degré beaucoup moindre, nos clientes ont déclaré ressentir dans les parties malades un certain travail caractérisé par de la tension, de la cuisson, des démangeaisons.

En examinant ces régions, il nous a paru plusieurs fois constater, à ce moment, une congestion avec tuméfaction évidente des parties malades ; cet état durait deux ou trois jours, et tout rentrait dans l'ordinaire.

La première malade, que je vous présente, est une femme de 58 ans, atteinte depuis trois ans d'un lupus tuberculeux et guérie une première fois après un traitement chirurgical. L'état actuel vous permet encore de juger ce qu'était l'état de la lésion au moment de l'entrée de la malade. Le nez est le siège d'une infiltration diffuse occupant presque toute sa hauteur et recouverte de croûtes impétiginiformes. Sur la joue gauche, quelques placards de même apparence. Toute la modification, qui semble s'être produite depuis le commencement du traitement, est une légère

atténuation de l'infiltration dans la partie supérieure du nez et la mise à jour des granulations qui résistent impitoyablement au traitement.

La seconde malade est une jeune fille de 20 ans, solidement établie, atteinte depuis 5 ans de lupus du nez et des joues, ayant subi depuis quatre ans un certain nombre de traitements chirurgicaux. Quand le traitement par les injections fut commencé, le nez était le siège d'une infiltration profonde, molle et très vasculaire. Sous la cloison du nez, sur les joues, il y avait de petites ulcérations. Les premières injections furent suivies de poussées congestives des régions malades, mais d'aucune amélioration appréciable. Malgré les premières injections, l'état de la malade parut plutôt s'aggraver que s'améliorer, et je ne crus pas devoir refuser à ma cliente la reprise du traitement chirurgical qu'elle réclamait. Depuis lors, les injections et des cautérisations énergiques furent pratiquées parallèlement et, grâce à ce traitement, une certaine amélioration a été obtenue, mais on ne peut pas dire qu'elle ait dépassé celle que les cautérisations seules auraient suffi à amener.

Je soigne actuellement, depuis plusieurs mois, une troisième malade atteinte de plaques lupiques exulcérées des joues et soumise régulièrement au traitement par les injections de calomel. Chez elle, non plus, je n'ai pas constaté un effet bien notable.

En résumé, chez nos malades, j'ai constaté à la suite des injections de calomel, au niveau des lésions, un travail rappelant de loin et d'une façon très atténuée, celui qu'on observe à la suite des injections de tuberculine. La première malade a présenté une légère atténuation des lésions à la partie supérieure du nez. La seconde n'a présenté aucun résultat avantageux appréciable.

Après six mois d'étude, j'arrive avec le D[r] Asselbergs à cette conclusion que le traitement par les injections de calomel peut constituer un *traitement adjuvant*, mais qu'il sera bon de lui associer les traitements chirurgicaux.

M. Brocq. — J'ai fait chez deux malades atteints de lupus le traitement suivant : chez l'un il s'agissait d'un lupus vulgaire absolument typique et des injections de calomel ont fait diminuer le lupus ; j'ai soumis le second au traitement mixte (liqueur de van Swieten et iodure de potassium), il s'est amélioré d'une manière extraordinaire : les tissus fort infiltrés se sont considérablement réduits ; mais il a persisté ensuite des tubercules de lupus irréductibles. Or il avait une cicatrice sur le pharynx qui m'a fait soupçonner chez lui la possibilité de l'existence d'une syphilis. J'en ai conclu que ces améliorations, par le traitement mercuriel, étaient dues à ce fait que la syphilis était dans ces cas associée au lupus, et que le traitement mercuriel n'agissait pas sur les nodules lupiques, mais sur les infiltrations qu'il faisait fondre. Il est possible aussi qu'il agisse un peu dans le même sens sur des infiltats lupiques même quand il n'y a pas association de syphilis.

M. Gaucher. — J'ai traité une femme dont la lésion avait été diagnosti-

quée lupus par Vidal, et scarifiée par Quinquaud; cette lésion avait à la fois les caractères du lupus et de la syphilis. Sous l'influence des injections mercurielles solubles et de l'iodure, elle fut améliorée. Du reste, à plusieurs reprises, cette malade fut guérie et considérée tantôt comme syphilitique, tantôt comme atteinte de lupus. Pour moi, elle a la syphilis seulement puisqu'elle a guéri par le traitement anti-syphilitique, et je crois que les cas de lupus guéris par le mercure sont des erreurs de diagnostic.

M. Moty. — Il n'est pas besoin de mercure pour guérir le lupus, et les injections locales de naphtol camphré m'ont donné des succès.

M. Morel-Lavallée. — Le calomel, n'est pas la seule des substances qui, introduites en particulier par la voie hypodermique, et exerçant une influence immédiate et transitoire sur les conditions normales de la vitalité des tissus, soit susceptible d'imprimer aux lésions lupiques des modifications profondes plus ou moins durables.

Il y a quelques années, je pus, grâce à la générosité scientifique de mon maître, M. E. Besnier, expérimenter dans son service sur des lupiques les injections faites dans les muscles fessiers à l'aide de la solution suivante :

Huile d'olive stérilisée....................	10 gr.
Gaïacol................................	0,05
Iodoforme..............................	0,04
Eucalyptol..............................	0,14

Très rapidement les placards lupiques s'animaient, puis s'affaissaient, se cerclaient d'une marge périphérique qui d'abord rosée, devenait blanche et envoyait enfin vers le centre de la lésion des bandes nacrées cicatricielles la divisant en lobules que semblait devoir étouffer cette « cirrhose intralobulaire » d'un nouveau genre. Mais, arrivait-on à la fin de la troisième semaine du traitement, avec des doses un peu augmentées, alors tout changeait : on voyait revenir, par places, une certaine turgescence rosée, tandis qu'à quelque distance des bords, sur la peau saine, pointaient des nodules rougeâtres qui nous effrayèrent et nous firent renoncer au traitement. L'une des malades eut même un foyer de congestion pulmonaire en même temps, dont j'accusai le gaïacol.

Il y avait donc eu là un processus curateur évident, mais évoluant avec une puissance de congestion troublante. Est-on sûr que dans la cure calomélique appliquée au lupus, on respecte toujours le *primo non nocere?*

Semblablement, je viens d'essayer cette méthode d'injections d'huile de gaïacol iodoformée sur une dame porteur de kéloïdes cervicales consécutives à des vésicules d'herpès zostériforme. J'y étais induit par une récente communication de M. Darier sur la structure de certaines kéloïdes. Mais ici le résultat fut le suivant : les kéloïdes, d'abord à peine rosées, se couvrirent de minuscules vaisseaux rougeâtres devenant de plus plus apparents. Je m'arrêtai là.

M. Fournier.— J'ai expérimenté dans mon service les injections de

calomel, et j'en ai conclu que dans certains cas de lupus il y avait échec complet, alors que dans d'autres cas la méthode fait bien, amenant une amélioration provisoire ou une guérison définitive.

Comment expliquer ces améliorations et ces guérisons? Je crois, pour ma part, qu'il y a : ou bien erreur de diagnostic et syphilis héréditaire ignorée, ou bien association possible de syphilis et de lupus.

Cette dernière hypothèse est encore d'autant plus plausible que l'on voit bien souvent le cancroïde lingual s'améliorer par des injections de calomel, lorsqu'il existe chez d'anciens syphilitiques. Mais il n'y a qu'amélioration mais non guérison : ce qui est dû à la syphilis disparaît, alors que ce qui appartient au cancroïde persiste.

M. Gastou. — Ce n'est pas seulement le lupus et certains carcinomes qu'améliorent les injections de calomel. Des recherches que nous avons entreprises avec le Dr Anghelovici, dans le service de M. le Pr Fournier, il résulte que ces injections ont un effet actif sur les ulcérations des jambes, de quelque nature qu'elles soient, mais ces ulcérations sont le plus souvent améliorées mais non guéries lorsque la syphilis n'est pas en cause.

M. Barthélemy. — Des faits que j'ai observés me permettent d'appuyer les dires de M. Gaucher relatifs aux erreurs de diagnostic et au succès des injections de calomel dans les cas où l'on croit à un lupus alors qu'en réalité il s'agit de syphilides ; mais je crois aussi que MM. Brocq et Fournier ont raison quand ils disent qu'il y a des cas où l'on a affaire à des lupus développés sur des sujets syphilitiques anciens ou hérédo-syphilitiques. Il n'est donc pas étonnant que dans ces faits le calomel donne des résultats favorables sans pourtant arriver à la guérison définitive.

Indépemdament des cas où j'ai obtenu ainsi des résultats satisfaisants sur des ulcérations tuberculeuses chez des syphilitiques, je dois dire que jai eu à traiter l'année dernière un jeune homme qui n'était syphilitique en rien et qui était porteur autour du cou et du thorax d'abcès froids et de fistules exclusivement tuberculeuses, bacillaires fixes. Or, au bout de 4 injections de calomel, faites chacune à 15 jours d'intervalle, 4 fistules sur 5 ont séché et guéri ; mais la 5e, la plus étendue et la plus profonde, a résisté, et malgré 4 nouvelles injections aucune amélioration ne s'est plus produite. Ce fait vient à l'appui de l'opinion des observateurs qui ont montré que les injections de calomel pouvaient améliorer, mais non guérir définitivement, et qu'il fallait profiter de l'amélioration pour appliquer une autre méthode de traitement plus capable d'amener un résultat durable et complet : pointes de feu, raclage, acide pyrogallique, etc.

M. Hallopeau. — Je ne crois pas au terrain syphilitique tertiaire : dans cette période il n'y a plus, abstraction faite de l'immunité semblable à celle qu'entraînent, pour chacune d'elles, les fièvres éruptives, que des foyers locaux en dehors desquels les affections intercurrentes évoluent comme chez des sujets sains.

M. Fournier. — Je suis d'un avis opposé que je partage du reste avec Verneuil. Mon regretté Maître a montré nettement l'influence de l'hybri-

dité des maladies et prouvé que la syphilis tertiaire modifie les maladies qui s'y surajoutent.

La syphilis est une maladie qui altère les humeurs, et sur le terrain syphilitique certaines maladies telles que la pleurésie, la fièvre typhoïde prennent quelquefois des allures malignes, graves, souvent mortelles.

M. Morel-Lavallée. — L'opinion que vient d'exprimer M. le professeur Fournier, au sujet de l'influence qu'aurait éventuellement sur nombre de maladies une syphilis antérieure, même très ancienne, — cette opinion, dis-je, est universellement adoptée dans l'Amérique de langue espagnole et portugaise, où la syphilis paraît beaucoup plus répandue que chez nous.

Il m'est souvent arrivé, — alors que, plus jeune, je m'occupais de médecine générale, — de m'entendre dire par des clients du Brésil ou de l'Amérique équatoriale, atteints de lymphangite, de furoncle ou même de douleurs articulaires : « Comment, docteur, vous ne me donnez pas de « l'iodure pour commencer ? Chez nous, le médecin n'eût pas manqué de « le faire, pour se garder contre toute influence de syphilis ancienne. »

M. Hallopeau. — Je ne suis nullement convaincu que, chez les syphilitiques, l'organisme soit altéré dans son ensemble, sauf pendant la phase de généralisation qui marque le début de la période secondaire ; j'ai toujours présent à l'esprit le fait d'un malade, atteint, 8 mois après le coït infectant, de syphilomes multiples en corymbes, chez lequel un bec-de-lièvre artificiel provoqué par un instrument contondant s'est réuni par première intention, bien qu'il fût en période active d'évolution syphilitique.

M. Fournier. — Il est impossible le plus souvent de différencier la syphilis secondaire de la syphilis tertiaire et de savoir où l'une ou l'autre s'arrêtent.

M. Brocq. — De toute cette discussion il résulte que l'hybridité est fréquente. C'est ce qu'a démontré Leloir dans son traité de la tuberculose en décrivant l'association de la syphilis et de la tuberculose et en la prouvant expérimentalement.

Syphilides tuberculeuses écloses sur l'emplacement d'inoculations vaccinales.

Par M. Alfred Fournier.

M. X..., âgé de 33 ans, est un homme de constitution robuste et de bonne santé habituelle. Il a contracté la syphilis en 1889. Cette syphilis, que j'ai particulièrement observée depuis 1892, s'est composée sommairement des diverses manifestations suivantes : chancre induré en 1889 ; au cours des mois suivants, roséole, douleurs rhumatoïdes et, à plusieurs reprises, plaques muqueuses buccales. En 1892, tubercule ulcéré de la rainure. En 1893, syphilides circinées du gland. Traitement mercuriel, puis ioduré, suivi assez irrégulièrement.

En octobre 1896, M. X..., sur le conseil de son médecin, se fait vacciner. Trois piqûres lui sont pratiquées au bras droit avec du vaccin de génisse. L'opération reste sans résultat.

Huit jours après, il se fait vacciner au bras gauche par cinq piqûres. Rien encore ne se produit.

Sept mois s'écoulèrent alors sans le moindre incident.

Puis, voici qu'en mai 1897, un « bouton » apparaît sur le bras droit. Deux autres boutons semblables succèdent à celui-ci, sur le même bras, à échéance de trois et de quatre semaines. Puis, tous les trois persistent, et le malade n'y prend pas garde. Six à sept mois plus tard, c'est-à-dire en janvier 1898, une éruption semblable se produit sur le bras gauche ; elle est constituée très exactement par cinq boutons, dont l'éclosion se fait à quelques jours d'intervalle les uns des autres. Non sans surprise, le malade constate que, sur l'un et l'autre bras, ces huit boutons occupent l'emplacement de ses huit inoculations vaccinales. Mais il ne s'en préoccupe pas et ne songe pas à se traiter. Finalement ennuyé de les voir persister, il se décide à revenir me consulter, et, le 12 février 1898, je constate sur lui les lésions suivantes :

Sur le bras droit, supérieurement et en dehors, *trois tubercules lenticulaires* échelonnés verticalement et en ligne droite, distants les uns des autres de 2 à 3 centimètres.

Sur le bras gauche, supérieurement et en dehors, *cinq tubercules lenticulaires* échelonnés verticalement et en ligne droite, distants les uns des autres d'environ 2 centimètres.

Ces huit lésions sont, objectivement, du type accompli des *syphilides tuberculeuses sèches*, et je les aurais bien sûrement diagnostiquées telles alors même que je n'aurais pas été au fait des antécédents spécifiques du malade. Ils s'attestent, en effet, pour des syphilides tuberculeuses, par tout un ensemble de caractères que voici :

1° Ils sont très régulièrement *circulaires*, en mesurant un diamètre variable entre celui d'une lentille et celui d'une pièce de 20 centimes.

2° Saillants d'un à deux millimètres au-dessus des téguments, ils forment de petits mamelons régulièrement convexes à plateau central, tout à fait semblables à des *pastilles*.

3° Ils sont *fermes* sous le doigt, rénitents, presque durs, et donnent la sensation au toucher d'un infiltrat intra-dermique.

4° Ils offrent une teinte d'un rouge brun, d'un *rouge jambon* presque caractéristique. Leur surface est lisse et présente çà et là quelques squames épidermiques partiellement soulevées.

Bref, ce sont en toute évidence des tubercules syphilitiques.

Aucune lésion semblable sur toute l'étendue des téguments que j'examine avec soin. Nul autre symptôme de spécificité.

Rien d'étonnant, certes, à la production d'une syphilide tuberculeuse sur un sujet syphilitique en période tertiaire et, qui plus est, sur un sujet ayant déjà présenté des éruptions de même ordre sur la verge au cours des années précédentes (1892 et 1893).

Mais ce qui est étonnant et ce qui fait l'intérêt du cas en question,

c'est la localisation de ces tubercules tertiaires *sur l'emplacement des anciennes inoculations vaccinales*, et non ailleurs.

Or, sur ce point particulier, aucun doute ne peut subsister. En effet :

D'une part, le malade est absolument formel sur cette particularité qui n'a pas été, dit-il, sans le frapper vivement, puisqu'il a cru à l'origine, suivant sa propre expression, que « c'étaient des vaccins qui, après n'avoir pas voulu prendre, se décidaient à prendre tardivement ». Il affirme que les huit boutons actuels se sont produits juste sur les points où avaient été pratiquées les inoculations vaccinales, points dont il se souvient parfaitement en raison des rougeurs qui avaient succédé originairement aux piqûres et qu'il a examinées maintes fois pour voir si son vaccin « prenait ou ne prenait pas ».

A remarquer ceci, d'autre part : Trois inoculations vaccinales ont été pratiquées sur le bras droit, et trois tubercules se sont produits sur le bras droit. Cinq inoculations vaccinales ont été pratiquées sur le bras gauche, et cinq tubercules se sont produits sur le bras gauche.

Enfin, circonstances complémentaires et probantes, sur l'un et l'autre bras, ces tubercules siègent à la région où se pratique l'inoculation vaccinale; sur l'un et l'autre bras, ils sont rigoureusement disposés en ligne droite, et à la distance de 2 centimètres environ les uns des autres. Ils répondent donc exactement à la façon dont tout opérateur distribue usuellement son plan d'inoculations vaccinales.

D'ailleurs, la syphilide procède-t-elle jamais de la sorte? L'a-t-on jamais vue distribuer ses éruptions *en séries linéaires* et surtout *en ligne droite ?*

L'évidence est donc formelle en l'espèce. Et, sans contestation possible, il demeure avéré que, dans le cas en question, *les syphilides se sont produites sur l'emplacement des inoculations vaccinales.* De plus, elles se produisent en nombre rigoureusement égal à celui de ces inoculations.

Impossible de méconnaître ces deux points ; impossible de réunir entre les inoculations vaccinales et les syphilides qui leur ont succédé *in situ* une relation de *causalité locale*, quelle qu'en soit la modalité, la nature. Bien manifestement, les unes ont appelé les autres ; bien sûrement, celles ci ont joué vis-à-vis de celles-là le rôle de causes provocatrices et de causes localisatrices pour la décharge tertiaire.

Voilà le fait, à s'en tenir aux seules données incontestables de l'observation clinique.

Mais, dans le domaine de la théorie, que de réflexions et que de problèmes soulève un tel fait !

Ainsi, il est bien certain que le vaccin a réagi sur la syphilis ; matériellement, c'est incontestable. Mais comment a-t-il réagi sur la

syphilis ? Est-ce simplement au titre de corps étranger introduit dans les téguments, de simple épine localement irritative ? Ou bien au titre d'agent virulent, infectieux, par rencontre, rapport et conflit de microbes ?

Puis, et ce second point est peut-être plus intéressant encore, quelle inexplicable singularité dans cette *réaction à longue portée* du vaccin sur la syphilis, puisque les syphilides se sont produites sept et quatorze mois après l'inoculation vaccinale ! Comment interpréter de pareilles échéances ?

Puis, encore, comment expliquer qu'une syphilis latente puisse être non seulement réveillée de la sorte par une excitation interstitielle de téguments et, de plus, fixée, localisée aux seuls points où s'exerce cette excitation ? A défaut de toute interprétation possible, retenons au moins le fait, car il contient un enseignement pour le problème si obscur des localisations de la maladie à sa période tertiaire.

Syphilides ou tuberculides mutilantes.

Par M. ALFRED FOURNIER.

A..., âgé de 37 ans, facteur (1), entre à l'hôpital pour des lésions ulcéro-croûteuses des deux mains qu'il présente depuis 8 ou 9 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Sur 5 enfants, 2 sont morts en bas âge, un est mort à 21 ans de phtisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Originaire des environs de Privas (Ardèche) et d'un hameau où les goitreux et les crétins sont nombreux.

Semble avoir été bien portant dans son enfance ; il n'a eu ni maux d'yeux, ni maux d'oreilles, ni adénopathies suppurées.

A 8 ans, il aurait eu une « variole hémorrhagique ». Aucune autre maladie jusqu'à 20 ans.

A 20 ans, il fut affecté d'un chancre à la verge, suivi de « rougeurs sur le corps », et d'engorgements ganglionnaires persistants dans les aines. Il ne se rappelle avoir eu ni plaques dans la bouche, ni céphalée, ni chute des cheveux : cependant, il fut traité par un médecin qui lui ordonna du sirop de Gibert.

Il suivit ce traitement pendant six semaines, et ne présenta plus aucun accident pendant 10 ans.

Les lésions des mains ont débuté il y a 8 ou 9 ans. Les mains ont commencé par augmenter de volume ; la peau est devenue rouge, tendue, douloureuse ; puis, deux mois après, sont survenues des ulcérations multiples.

Un médecin de Bicêtre, qui le soigna alors, rattacha ces lésions à la syphilis, et lui fit des injections (vraisemblablement de calomel) dans les fesses. En effet, il lui pratiqua toutes les semaines « une injection d'un

(1) Observation recueillie par M. LEGROUX, externe des hôpitaux.

liquide blanchâtre », lui disant que c'était une méthode nouvelle, plus active, qui ne devait pas lui fatiguer l'estomac. Ces injections déterminèrent une amélioration rapide; les plaies se cicatrisèrent complètement, mais cette amélioration ne persista pas, le malade ayant cessé le traitement.

Alors, les ulcérations, de nouveau, creusèrent en profondeur, surtout aux doigts, laissant écouler une assez grande quantité de pus ; elles gagnèrent aussi en surface. Bientôt, l'index de la main gauche fut tellement dénudé qu'un médecin se décida à en faire l'amputation ; les autres doigts ne furent l'objet d'aucune intervention. Malgré les déformations des mains et les nombreuses croûtes qui les recouvraient, le malade continue à exercer sa profession de facteur jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

État actuel. — Les mains sont déformées; la face dorsale est œdématiée, recouverte de croûtes jaune verdâtre ; la peau est lisse, brunâtre, violacée, luisante, comme atrophiée. Les doigts, dont les dernières phalanges sont en flexion par suite de rétractions tendineuses cicatricielles, sont diminués de volume ; les parties molles sont littéralement collées sur le squelette ; la peau est mince et luisante. L'index gauche, amputé au niveau de la seconde phalange, est effilé et se termine en pointe comme usé à la meule. Sur le médius de la main gauche, on voit, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange (qui est en flexion à angle droit), un épaississement semblable à celui du spina-ventosa, et une ulcération recouverte de croûtes jaunâtres, laissant suinter du pus par la pression.

Les ongles sont diminués de volume et déformés ; ils sont tombés à l'index et au médius de la main droite. — Les mouvements des doigts sont très diminués ; la flexion complète est impossible, de même que l'extension.

Aux oreilles, on constate symétriquement une *atrophie du bord libre du pavillon*, qui est irrégulier, déchiqueté ; à ce niveau, la peau est violacée et recouverte de croûtes. — Ces lésions ont débuté en même temps que celles des mains.

Aux jambes, le malade présenta, il y a quatre ans, des ulcérations multiples et rebelles qui ont laissé des cicatrices suspectes. On constate, en effet, sur la face interne des jambes, de nombreuses taches pigmentées.

Toute la peau de la partie inférieure de la jambe gauche présente une teinte brunâtre, violacée, qui devient même ecchymotique, et purpurique au niveau du cou-de-pied.

Sur la face interne de la jambe gauche, on trouve une petite ulcération, apparue depuis 5 à 6 jours, de la taille d'une pièce de 50 centimes, arrondie, légèrement creuse, à bords taillés à pic, à fond rouge. Il n'existe pas de varices sur cette jambe. A la partie supérieure de la cuisse, taches dépigmentées, non cicatricielles, recouvertes de poils blancs, et qui semblent être du vitiligo. Le malade s'est toujours connu ces plaques.

Examen de la sensibilité. — Absence complète de troubles de la sensibilité ; pas de dissociation des sensations ; le tact, la douleur, la température sont également perçus. Tout au plus, existe-t-il un peu de

dysesthésie au niveau des mains, la peau étant couverte de cicatrices anciennes.

Pas de cordon ni de grosseur sur le trajet du nerf cubital. Pas de ganglions au-dessus de l'épitrochlée.

Pas de troubles de la vue ; pas d'inégalité pupillaire, réflexes pupillaires normaux, pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de troubles de la marche; pas de douleurs dans les membres inférieurs, réflexes rotuliens normaux.

Pas de troubles des sphincters ; pas de déviation de la colonne vertébrale.

En résumé, absence complète de troubles nerveux, permettant d'éliminer les diagnostics de lèpre anesthésique et de syringomyélie.

Le malade, entré le 18 juin, fut soumis à des soins de propreté locaux (bains, pulvérisations, enveloppements humides), afin de faire tomber les croûtes qui recouvraient les ulcérations. On lui administra une dose quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium. Puis, le 22 juin, on le mit aux injections de calomel. Il reçut deux de ces injections à 5 centigrammes le 22 et le 28 juin. Elles furent bien tolérées. La dose d'iodure fut progressivement augmentée jusqu'à dix grammes.

Actuellement les lésions se sont réparées d'une façon remarquable.

Les croûtes sont tombées ; les ulcérations ont pris un aspect rougeâtre, bourgeonnant, et ont notablement diminué d'étendue. Les plus petites sont déjà cicatrisées.

L'état général est toujours resté excellent.

Les oreilles, examinées par M. Hermet, ont été trouvées normales. Dans les fosses nasales, on trouve une petite ulcération, qui est accompagnée d'un écoulement purulent.

(L'examen de ce jetage, au point de vue microbiologique, sera fait ultérieurement.)

En somme, il est impossible, tant au point de vue clinique qu'histologique, d'avoir sur ce malade un diagnostic ferme. Il m'a paru intéressant de le montrer, car chez lui les injections de calomel ont agi d'une façon très efficace, et il rentre dans la catégorie de ces malades qui sont difficiles à ranger du côté de la tuberculose ou de la syphilis et qui souvent ne sont que des hybrides.

M. Gastou. — L'examen histologique et bactériologique n'a donné aucune raison de suspecter la tuberculose ou la lèpre. L'inoculation au cobaye a été faite, nous en donnerons ultérieurement le résultat.

M. Besnier. — Ce malade a, en dehors de ses ulcérations des doigts, un état cyanotique du nez, tout particulier. J'ai souvent vu ces phénomènes s'associer dans le paludisme et il faut toujours rechercher celui-ci en pareil cas.

De l'emploi du monochlorophénol dans le lupus et la tondante.

Par M. Barbe.

J'ai eu l'honneur de faire l'année dernière à la Société de dermatologie (1) une communication sur le traitement externe du lupus par le monochlorophénol. J'ai fait remarquer la difficulté qu'il y avait à employer chez les malades ce corps, qui possède une odeur très forte, plus désagréable que celle de l'acide phénique et telle que je n'ai pas pu poursuivre mes essais, la plupart des sujets refusant de continuer le traitement.

La communication du professeur Le Dentu, au Congrès international de Moscou, sur les propriétés microbicides du parachlorophénol, m'a engagé à reprendre mes premiers essais. Je ne vous citerai que les points les plus intéressants de la communication de M. Le Dentu.

« Le Dr Spengler a affirmé qu'une solution de chlorophénol à 2 p. 100 « était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille « de Koch.

« Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles « d'Eberth en 20 secondes et le bacille du charbon en 5 minutes.

« Le pouvoir bactéricide du chlorophénol serait 5 fois environ plus « élevé que celui de l'acide phénique. De plus, ce corps est moins « toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au « 1/20 d'acide phénique. »

Pour masquer l'odeur si pénétrante du chlorophénol, j'ai employé diverses substances odorantes et, sur la proposition de M. Guillaume, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Antoine, je me suis arrêté à l'essence de lavande pour faire le mélange suivant :

Monochlorophénol	20 gr.
Essence de lavande	10 gr.
Alcool q. s. pour faire	100 c.c.

Ce mélange a une odeur assez agréable.

Si vous me permettez, je vous rapporterai plus tard les résultats de mes essais dans le traitement du lupus érythémateux, ces essais étant encore trop récents.

J'avais cherché également à utiliser les propriétés microbicides du chlorophénol dans le traitement de la tondante. Là encore l'odeur de ce corps m'avait empêché de continuer mes expériences. Les tentatives que le Dr Danlos a bien voulu faire dans son service, celles que le Dr Sabouraud a eu l'extrême obligeance de commencer à l'école Lailler n'ont pas été non plus couronnées de succès. L'odeur de ce

(1) Séance du 11 mars 1897.

corps a incommodé l'entourage des enfants ainsi traités. De plus, l'application de la solution n'a pas tardé à être douloureuse ; il est vrai qu'à l'école Lailler nous avions eu la précaution de recouvrir la tête de chaque enfant d'un bonnet de caoutchouc après l'application de la solution ; or cette excès de précaution a eu l'inconvénient de rendre le contact du mélange plus intime et partant plus irritant.

Aussi, dans la nouvelle tentative que j'ai faite à l'hôpital Saint-Antoine avec la solution aromatisée de chlorophénol, j'ai renoncé au bonnet de caoutchouc, et me suis-je contenté d'appliquer après chaque friction une feuille de taffetas gommé fixée par quelques tours de bande. Les frictions faites quotidiennement n'ont été nullement douloureuses ; ni le malade, ni son entourage n'ont été incommodés par la préparation.

Voici l'observation très résumée :

L..., âgé de 9 ans, se présente à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine avec une plaque de tondante qui est survenue il y trois semaines à la région sus-frontale du côté droit. Cette plaque, grande comme une pièce de 2 francs environ, est criblée d'une multitude de petits cheveux cassés, d'une teinte foncée. Il n'y a pas de poussière cryptogamique autour des cheveux. L'examen microscopique révèle la présence du trichophyton endothrix. Le 1er avril, on fait une friction avec la solution de monochlorophénol à 20 p.100, désodorisée par l'essence de Wintergreen. Le 3 avril, nouvelle application qui est répétée tous les deux jours. Le 6 avril, l'application de chlorophénol ne déterminant aucune irritation, on fait une friction quotidienne avec la solution désodorisée par l'essence de lavande, qui a été formulée plus haut et qui est plus agréable que celle renfermant de l'essence de Wintergreen.

Le 18 avril, on ne trouve des cheveux malades qu'au centre de la plaque.

23 avril. Le traitement avait été interrompu pendant cinq jours, parce qu'il avait déterminé un peu de dermite. Il avait été repris le 22 avril.

Au commencement de juin, c'est-à-dire au bout de deux mois, la plaque est couverte de cheveux sains, minces, blonds ; on trouve seulement deux cheveux paraissant malades. L'examen microscopique que le Dr Sergent a bien voulu faire de ces 2 cheveux a montré l'absence complète de spores. Le traitement est continué.

Si la Société me le permet, je la tiendrai au courant de l'observation, car je n'ai pas eu l'intention aujourd'hui de vous présenter ce cas comme guéri par le monochlorophénol. J'ai seulement voulu vous montrer que cela pouvait être appliqué sur le cuir chevelu sans provoquer aucune espèce de douleur, et de plus sans incommoder le malade ou l'entourage.

En terminant, je me permettrai de faire remarquer que, dans des cas de tondante aussi limités que le mien, on pourrait à la rigueur essayer de porter la substance active jusqu'au fond du follicule par le cathétérisme de celui-ci, à l'aide d'une aiguille électrolytique.

M. Sabouraud. — Le malade n'est pas complètement guéri. Il reste encore cinq points malades, et je ferai remarquer à ce propos qu'à l'inverse de la trichophytie, la pelade est d'autant plus grave qu'elle est périphérique.

M. Barbe. — Les plaques dont parle M. Sabouraud sont récentes et se sont développées depuis que j'ai vu le malade pour la dernière fois.

Cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole.

Par M. Emery.

C..., 43 ans, dégraisseur.

Le père de ce malade est bien portant et a 80 ans.

Sa mère est morte d'une maladie de foie.

On note dans ses antécédents personnels :

Une fièvre typhoïde contractée vers l'âge de 6 ans. Plusieurs blennorrhagies. Jamais de chancre. Aucun antécédent syphilitique.

A 18 ans, ce malade est parti aux colonies où il est resté jusqu'à 23 ans. En 1875, étant en Cochinchine, il eut une congestion cérébrale causée par un coup de soleil. Il resta six mois à l'hôpital, traité par des applications de glace sur la tête et complètement paralysé. Revenu en France en 1877, il eut les fièvres dès son retour. Puis il repartit en Cochinchine pendant deux ans, où il fut de nouveau repris par les fièvres. Il revint en France définitivement en 1879. Depuis son retour, il est sujet à des douleurs articulaires, qui ont augmenté de fréquence et d'intensité depuis trois ou quatre ans.

Depuis 1879, il fit plusieurs métiers tour à tour, garçon de bureau, mécanicien, doreur sur cuivre, porteur aux pompes funèbres; il semble avoir continué pendant tout ce temps les excès alcooliques dont il avait pris l'habitude aux colonies.

Depuis deux ans, il travaille chez un fabricant de cycles comme dégraisseur. Les pièces d'acier qui doivent être nickelées doivent, après le polissage, être « dégraissées » en passant dans un bain d'essence minérale où elles sont brossées. Le malade est chargé de ce soin, et a par conséquent les mains plongées presque continuellement dans l'essence minérale. Depuis qu'il a cette occupation, il ressent des maux de tête et éprouve des troubles divers du côté des membres supérieurs, surtout vers son bras droit. Il accuse des engourdissements, des fourmillements, de la faiblesse musculaire et parfois des tremblements. Tous ces phénomènes ont augmenté d'intensité il y a deux mois environ, et le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital Lariboisière.

Il avait alors des maux de tête violents, des bouffées de chaleur à la face et aussi une impossibilité presque absolue de se servir de ses bras, et surtout du bras droit. Il ressent des douleurs névralgiques qui partent de la région scapulaire, du bord externe de l'omoplate et qui s'irradient dans tout le membre supérieur jusqu'au bout des doigts.

Par moments, le bras droit et surtout la main droite tenue dans l'extension sont agités d'un tremblement involontaire à petites oscillations. La main est pendante, trahissant une prédominance à se paralyser du côté des extenseurs. Il y a deux mois, affirme le malade, l'anesthésie des deux membres, surtout du membre droit, était absolument complète, de même que l'analgésie. Il présentait aussi des troubles vaso-moteurs manifestes, tels que : refroidissement des extrémités, cyanose et parfois même œdème des mains.

On ne note actuellement aucun trouble appréciable de la sensibilité tactile. Seule, la sensibilité à la douleur est légèrement atténuée. Sur les deux membres on ne relève aucune trace d'amyotrophie. Mais on constate une diminution considérable de la force musculaire dans les deux mains. La pression de la main est à peine sensible. On note également une intégrité parfaite du système nerveux central. La marche est assurée ; pas de troubles sphinctériens, pas de phénomènes pupillaires.

Depuis deux mois, et coïncidemment avec l'apparition des douleurs et la recrudescence des phénomènes paralytiques, apparurent sur les bras et particulièrement sur la face postérieure des avant-bras, de larges taches pigmentaires de vitiligo. Leur évolution fut extrêmement rapide. Le malade fut surpris, quelques jours après les phénomènes douloureux, par la présence de ces taches qui depuis n'ont pas augmenté d'étendue.

Les mêmes taches de vitiligo se retrouvent beaucoup plus accentuées encore en différents points du corps et notamment sur la face (front, joues, nez) et sur le scrotum. Le malade n'a présenté aucun trouble de la mobilité du côté de la face, mais, coïncidemment avec les douleurs du bras, il éprouve de violentes névralgies faciales.

L'intérêt de cette observation est double. Il est en effet curieux d'y relever non seulement la coexistence d'un vitiligo aigu lié à des phénomènes manifestes de névrite périphérique ; mais il est plus singulier et plus intéressant encore de rattacher de semblables troubles nerveux à une intoxication due aux vapeurs d'essence de pétrole.

L'étiologie du vitiligo, quoique encore assez obscure, semble toutefois devoir se rattacher le plus souvent à une lésion d'origine nerveuse. Quelques recherches anatomo-pathologiques (Leloir), ont confirmé cette manière de voir déjà conforme à l'observation clinique. Toutefois les phénomènes nerveux sont presque toujours assez vagues et entièrement relégués au second plan. Rarement on a pu les rattacher à des troubles nerveux dont les manifestations ont si nettement dominé la scène et à des troubles nerveux qui paraissent tout à fait indépendants de l'axe cérébro-spinal comme dans le cas présent.

D'autre part, l'impaludisme et l'alcoolisme viennent bien dans cette observation obscurcir l'étiologie de la névrite périphérique dont souffre le malade. Nous ne retenons pas toutefois la première des causes dont l'éloignement des accidents actuels est vraiment trop considérable. Quant aux habitudes d'alcoolisme, le malade reconnaît

que depuis plusieurs années déjà il s'en est considérablement corrigé, et c'est précisément à l'époque des premiers accidents névritiques qu'intervient cette nouvelle cause d'intoxication professionnelle : les essences de pétrole. Nous ne voulons pas dans cette observation, conclure nettement à l'exclusion de l'alcoolisme dans les facteurs étiologiques. Peut-être a-t-il exercé ici une influence prédisposante. Toutefois, sans que nous ayons pu déterminer le mode d'action et les voies d'absorption de l'essence de pétrole dans laquelle le malade a les mains constamment plongées, il est certain que la concordance des faits semble incriminer par-dessus tout cette dernière cause.

Micropolyadénopathie inguinale consécutive à un chancre vulvaire chez une femme enceinte.

Par M. EMERY.

Le père de cette malade est mort ; elle ne peut préciser la cause.

Sa mère est bien portante.

La malade a onze frères et sœurs bien portants. Elle en a perdu trois en bas âge.

Cette femme aurait toujours été bien portante.

Réglée à 18 ans seulement, elle a toujours eu depuis une menstruation normale et régulière.

Actuellement elle est enceinte de huit mois.

Il y a deux mois, la malade aurait eu sur la grande lèvre droite un gros bouton qu'elle a écorché par le grattage et qui n'a fait que s'étendre.

A l'examen. — On constate au niveau de la vulve sur la grande lèvre droite la présence d'une bartholinite chronique et de deux chancres indurés manifestes.

La roséole s'est déclarée depuis une quinzaine de jours. La malade a les amygdales recouvertes de plaques muqueuses.

En recherchant l'adénite dans les aines on constate l'absence complète de gros ganglions. On sent seulement rouler sous les doigts des deux côtés de petits ganglions durs, indolents, dont le volume ne dépasse pas celui d'un petit pois. Ils sont au nombre de quatre ou cinq seulement de chaque côté.

A la région cervicale, on trouve également quelques petits ganglions de même nature.

La réaction ganglionnaire dans la syphilis, à laquelle certains auteurs tendent à attacher une signification particulière à l'égard du pronostic, est une question dont l'intérêt se présente sous des faces multiples.

Dans le cas présent, et sans que les accidents secondaires aient revêtu le moindre caractère de malignité, la réaction ganglionnaire inguinale est pour ainsi dire nulle.

Pour rare que soit le fait, il l'est peut-être beaucoup moins que l'on

ne pense, pour cette raison singulière que la syphilis a été contractée par une femme en état de grossesse. Cette curieuse observation faite autrefois par Ricord a été confirmée depuis par M. le professeur Fournier qui, depuis longtemps, a noté l'existence de faibles retentissements ganglionnaires dans les cas de phagédénisme et de grossesse.

Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuse.

Par MM. Hallopeau et Ernest Gasne.

La production, à la suite d'éruptions psoriasiques, de plaques achromiques a été signalée par l'un de nous dans une présentation faite à la Société dans sa séance du 14 janvier 1892 et contestée à tort par un de nos collègues. La jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter en offre un nouvel exemple : il est facile de s'assurer que la différence de pigmentation avec les parties voisines est due, non à une hyperchromie de ces dernières, mais bien à une achromie consécutive aux plaques psoriasiques ; elle témoigne de la persistance d'un trouble de nutrition dans les cellules profondes de l'épiderme ; nous ferons remarquer que, dans les deux cas, il s'agissait de jeunes sujets.

Quant à la distribution du psoriasis suivant des sphères de distribution nerveuse, elle a été signalée déjà plusieurs fois : chacun de nous a présent à l'esprit le beau cas que notre collègue Thibierge en a présenté à la Société dans sa séance du 19 novembre 1895 : on peut en rapprocher l'observation de MM. Rebreyend et Lombard (*Progrès médical*, décembre 1896), dans laquelle le psoriasis s'est développé consécutivement à un zona et sur son trajet, ainsi que les cas dans lesquels MM. Besnier et Bourdillon ont vu cette dermatose se manifester à la suite d'une sciatique. Cette distribution est des plus frappantes chez la jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter et dont l'observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La malade, âgée de 8 ans, orpheline, aurait présenté, il y a 2 ans, à la suite d'une chute, quelques placards de psoriasis au niveau des aines et du coude droit. Elle n'a jamais subi de traitement.

L'éruption a toujours persisté au coude, mais elle a disparu aux aines, laissant des taches achromiques très nettes. On constate en effet, du côté droit, à quelques centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une tache achromique de 5 centimètres de large environ, sur 2 de haut, à contours assez nets, et entourée d'une peau de coloration absolument normale. A gauche, dans la même région, on trouve une autre tache plus petite, à contours moins nets, et entourée de petits éléments.

L'éruption actuelle présente une localisation spéciale au niveau du membre supérieur droit.

Sur le tronc, elle est discrète; on ne trouve que quelques papules lenticulaires, à peine saillantes, d'un rouge peu intense, et recouvertes de squames blanches, micacées, sèches, devenant plus blanches par le grattage, qui provoque le piqueté de sang caractéristique du psoriasis.

Sur le cuir chevelu, on voit quelques petites plaques, disséminées, couvertes de squames fines et peu abondantes; il en est de même sur le front, tout autour de la racine des cheveux.

Sur les membres inférieurs, les placards sont encore disséminés, présenant le caractère du psoriasis guttata, sauf pourtant au niveau des genoux, où l'on trouve, de chaque côté, des plaques plus saillantes, plus rouges, couvertes de squames plus épaisses, et présentant 5 centimètres environ de haut, sur 2 et demi de large.

On remarque qu'à la cuisse et à la jambe, de chaque côté, l'éruption est relativement abondante au niveau des territoires innervés par le plexus lombaire, c'est-à-dire sur toute la région antérieure. Les parties innervées par les branches du plexus sacré sont beaucoup moins atteintes. L'éruption est pourtant assez nette, dans la sphère de distribution du cutané péronier. La région médiane postérieure, innervée par le petit sciatique, ne présente, au membre droit, qu'une petite tache lenticulaire, à la partie médiane du mollet, et quelques petites taches de la dimension d'une tête d'épingle. A gauche, on n'observe qu'une petite tache linéaire, de 1 centimètre de long, occupant assez exactement la ligne médiane, et coupant perpendiculairement le pli de flexion du genou. Elle ressemble au premier abord à une lésion de grattage, mais présente tous les caractères du psoriasis. A la fesse, quelques petites taches occupent encore le territoire du petit sciatique. Les deux pieds sont indemnes.

Sur le membre supérieur gauche en avant, il n'y a qu'une seule tache lenticulaire au-dessus du poignet.

En arrière, la face postérieure du bras est occupée par une quantité de petits éléments de psoriasis punctata, dont les plus petits paraissent localisés au niveau des orifices pilaires.

Un autre groupe d'éléments un peu plus gros siège un peu au-dessous du coude.

Un troisième groupe, semblable à celui du bras, à la partie moyenne de l'avant-bras.

Tous ces éléments paraissent dépasser peu la zone d'innervation du radial.

A la main, quelques éléments sont disséminés sur la face dorsale, au niveau du métacarpe. Plus nombreux sur la région externe, ils se rencontrent pourtant aussi sur la région interne, innervée généralement par le cubital.

Du côté droit, la disposition beaucoup plus caractéristique, est nettement métamérique : elle se présente sous forme d'une bande, qui partant à quelques centimètres de la ligne médiane, à la hauteur des cinquième et sixième vertèbres dorsales, se continue sans interruption sur la face postérieure du bras, de l'avant-bras et de la main.

A sa partie initiale, cette bande se présente sous forme d'un rectangle, de huit centimètres de large sur trois de haut, se dirigeant horizontale-

ment vers l'aisselle, mais s'arrêtant brusquement par un bord net à la partie moyenne du tiers supérieur de la fosse sous-épineuse.

Là, en effet, la bande paraît brisée, mais au niveau de cette section commence une nouvelle bande dont le bord inférieur coïncide avec le bord supérieur de la précédente, et qui mesure à peu près la même hauteur.

D'abord horizontale, elle s'incurve, quand le bras pend le long du corps, pour occuper, d'abord le bord externe de la région postérieure du moignon de la peau et du bras, et gagner à peu près la ligne médiane au niveau du coude. Là, elle s'élargit, occupe la face postérieure de l'avant-bras presque tout entière, et se prolonge sur la face dorsale de la main, et même des doigts.

Jusqu'au niveau du coude, l'éruption est en effet constituée par de petits éléments arrondis de dimensions à peu près égales, de cinq à six millimètres de diamètre, et disposés en séries parallèles. Ils sont nettement squameux, et présentent tous les caractères du psoriasis. Leur base est distincte, mais très rapprochée de celle des éléments voisins.

Au niveau du coude et sur l'avant-bras, l'éruption perd ce caractère.

Elle se présente sous forme d'un grand placard, à bords irréguliers, découpés, saillants, à base dure, comme quadrillée, et couvert d'épaisses squames blanches. On peut remarquer pourtant que le maximum des lésions occupe le bord interne de l'avant-bras.

A la main, des placards semblables occupent surtout la région dorsale interne ; on trouve aussi une grosse plaque sur la face dorsale des deux dernières phalanges du médius.

Ces placards sont le siège d'un prurit peu intense, ayant pourtant occasionné quelques lésions de grattage sur l'avant-bras droit.

Ils présentent une sensibilité tactile et thermique normale.

Si nous cherchons à déterminer quels sont les trajets nerveux dont la sphère de distribution correspond aux parties intéressées du membre supérieur droit et de la partie correspondante du tronc, nous arrivons à reconnaître qu'ils sont multiples ; ce sont, en effet, la cinquième branche dorsale, le circonflexe, le radial et le cubital ; il en est ainsi pour le zona ; dans l'hypothèse d'une tropho-névrose, il faudrait la rapporter à une origine métamérique.

Mais cette hypothèse d'une tropho-névrose est-elle vraisemblable ? M. Thibierge a fait remarquer, à juste titre, dans sa communication sur ce même sujet, que les nævi peuvent également affecter cette distribution nerveuse, et l'un de nous s'est attaché à ètablir, d'accord avec Kaposi, que cette localisation n'établit nullement une origine tropho-névrotique ; pour ces nævi, en effet, on peut s'assurer que leur distribution est également subordonnée au développement enbryonnaire des parties intéressées.

L'hypothèse d'une tropho-névrose semblerait en contradiction avec celle d'une cause parasitaire ; or, on ne peut nier que le psoriasis ne présente plusieurs des caractères essentiels d'une maladie parasi-

taire : en effet, il procède par plaques à progression excentrique; il a été inoculé avec succès ; enfin les médicaments qui le modifient sont des parasiticides. Comment s'expliquer les effets si remarquables de la chrysarobine et de l'huile de cade s'il s'agit d'une tropho-névrose ?

Ces faits nous paraissent réfuter victorieusement la théorie nerveuse sontenue avec talent par divers auteurs, tels que MM. Polotebnoff et Kutnizcky.

L'interprétation qui nous paraît la plus vraisemblable pour le cas de notre jeune malade peut être formulée ainsi qu'il suit : sous l'influence d'un trouble d'origine embryonnaire, le territoire affecté présente dans sa nutrition une altération qui en fait un terrain favorable au développement du psoriasis. Intéresse-t-il plus particulièrement les nerfs qui se distribuent à la peau ou à ses vaisseaux ? On ne peut l'affirmer, car il n'existe chez cette enfant aucun trouble concomitant ; nous nous sommes assurés, en effet, que partout la sensibilité était intégralement conservée dans tous ses modes, et nous avons constaté par l'exploration thermométrique que la température des parties affectées ne dépasse pas celle des parties symétriques.

Il est bien probable qu'il faut interpréter dans le même sens les faits de lichen de Wilson, dans lesquels l'éruption papuleuse s'est localisée suivant une sphère de distribution nerveuse : ce sont des *pseudo-tropho-névroses*.

Il sera intéressant de voir si l'éruption de cette enfant cède aux moyens employés habituellement.

Syphilis héréditaire ou acquise de la première enfance. Glossite scléreuse. Lésions dentaires. Syphilome de la cuisse.

Par MM. Hallopeau et Leredde.

Louis Lem.., gainier, 16 ans.

Il est très difficile d'obtenir des renseignements précis sur le début des lésions syphilitiques que présente le malade. Son intelligence est peu éveillée, il répond difficilement et peu clairement aux questions qui lui sont posées.

Les lésions que nous découvrons à la face antérieure de la cuisse gauche ne remonteraient qu'à un mois, mais celles de la langue et des lèvres seraient de date fort ancienne. Peut-être ont-elles débuté dans la première enfance. Le malade dit qu'il a eu toujours la bouche ouverte.

Il n'existe pas de déformations importantes du crâne ni de la partie supérieure de la face : les oreilles sont écartées du temporal, larges, mal ourlées. L'expression est peu intelligente, tant à cause du peu de mobilité des traits que de l'ouverture persistante de la cavité buccale.

Le maxillaire inférieur n'est pas projeté en avant, mais sa direction est plus oblique qu'elle ne l'est à l'état normal; l'angle de la mâchoire n'est pas indiqué extérieurement.

Les lèvres supérieure et inférieure sont volumineuses, normalement écartées de près d'un centimètre ; l'enfant peut cependant fermer l'orifice labial, et il est facile de s'assurer que l'ouverture persistante de la bouche est due à l'impossibilité où le malade se trouve de joindre les deux maxillaires. On constate ici un exemple de ce que M. le professeur Fournier appelle le signe de l'artichaut ; à l'état d'écartement minima, les mâchoires laissent même passer un crayon de diamètre ordinaire.

Les lèvres sont très épaisses, mais il n'existe aucune lésion de leur portion cutanée, ni de la région muqueuse accessible à l'examen direct ; lorsqu'on fait ouvrir la bouche, on constate, à la face interne, des dépressions linéaires cicatricielles, peu nombreuses du reste, et, par places, un état blanchâtre de la muqueuse. Au toucher on ne constate aucun foyer d'induration limité.

A la face interne des joues, des lésions plus importantes se révèlent par des sillons nombreux, un état irrégulier de la surface, en certains points un état hyalin.

La joue dans son ensemble est épaissie comme le sont les lèvres.

La langue présente un type parfait de glossite scléreuse identique à la glossite tertiaire de la syphilis acquise ; l'organe est peu épaissi mais sur sa face supérieure, on constate des îlots séparés par de profonds sillons anastomosés les uns avec les autres, surtout développés au niveau de la région médiane. A la face inférieure, on constate, en de nombreux points, un aspect hyalin.

Le plancher de la langue offre un aspect irrégulier, des saillies aplanies isolées les unes des autres.

La forme du palais est normale ; la muqueuse palatine est complètement saine.

Les piliers antérieurs sont volumineux, peu écartés l'un de l'autre, leur surface est normale. La luette a une configuration régulière.

Altérations dentaires. — Les altérations dentaires offrent une importance majeure.

Il existe 28 dents ; parmi les molaires, quelques-unes sont cariées, une même, l'avant-dernière supérieure droite, est tombée. Toutes les dents sont courtes, écartées les unes des autres, verticales du reste.

Les petites molaires sont courtes, bicuspidées.

L'incisive médiane supérieure droite présente une érosion antérieure, une véritable cupule située à son sommet ; l'incisive gauche voisine écartée de 2 millimètres de la précédente et taillée en biseau à la face antérieure.

Les incisives inférieures sont extrêmement longues, étroites même à leur sommet. Les canines sont régulières.

Tous les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs sont gros et durs.

A la face antérieure et supérieure de la cuisse droite, on constate une plaque syphilomateuse typique, d'un rouge sombre, de forme géométrique, déformée au centre présentant à sa périphérie des tubercules recouverts de croûtes.

Les altérations du maxillaire inférieur ne sont pas les seules altérations

du squelette qu'on observe chez cet enfant ; mais les autres ne paraissent pas pouvoir se rattacher à l'hérédo-syphilis. Le thorax offre un type de thorax rachitique, c'est le thorax en carène, avec dépression bilatérale et saillie de la partie médiane.

Il n'existe pas d'autres altérations rachitiques nettes du système osseux.

Les organes génitaux ont une conformation normale.

Nous avons présenté cet enfant à la Société parce que jusqu'ici la glossite scléreuse et la labialite hypertrophique n'ont pas été signalées chez les hérédo-syphilitiques. On peut se demander si notre malade n'a pas été atteint d'une syphilis de la première enfance ; en l'absence de tout commémoratif, la question ne peut être tranchée. Une syphilis infantile précoce pourrait à la rigueur produire les altérations dentaires et la débilité mentale qui sont les stigmates de l'hérédo-syphilis.

M. Fournier. — Je ferai remarquer que la syphilis héréditaire donne des lésions analogues, elle peut du reste tout produire. La syphilis acquise de l'enfance fait-elle des accidents analogues ? les faits ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir l'affirmer.

Cas de tuberculides ou syphilides.

Par M. Gastou.

La malade présente sur les lombes une éruption d'apparence syphiloïde analogue à ce qu'on a décrit sous le nom de syphilides lichénoïdes. Elle a en outre des ganglions sous-maxillaires très développés, mais indolents et non enflammés.

L'examen histologique a montré dans ces lésions cutanées des cellules géantes en grand nombre.

L'éruption est survenue subitement chez cette malade après l'application de poudre d'iodoforme sur des végétations vulvaires. On ne trouve dans ses antécédents aucune trace de syphilis ou de tuberculose et le traitement spécifique n'a pas produit d'amélioration.

M. Leredde. — Il est habituel de rencontrer des cellules géantes dans les lésions syphilitiques.

M. Renault. — Cette variété de lésions, que je crois dans ce cas être syphilitiques, est très rebelle au traitement.

M. Barthélemy. — Je ne crois pas ici à des tuberculides mais à des syphilides.

M. Beaudouin. — Je n'ai jamais vu l'iodoforme produire d'éruptions analogues.

Dermite chronique électrique professionnelle.

Par M. BARTHÉLEMY.

Je soumets à votre observation ce moulage fait par Baretta, c'est-à-dire très exact, d'une main atteinte de dermite chronique professionnelle avec troubles trophiques des ongles par effluves électriques, chez un sujet qui est soumis habituellement depuis deux ans aux rayons X, non parce qu'il a été radioscopié ou radiographié, mais parce que professionnellement il les manie très fréquemment. C'est un des cas rapportés dans le mémoire que j'ai publié au Congrès de Moscou avec les Drs Oudin et Darier.

Hyperostoses nasales de croissance.

Par MM. A. FOURNIER et DIDSBURY.

Léon M..., 33 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de phtisie galopante suite d'alcoolisme.

Mère morte d'accident.

Deux sœurs : une morte de mal de Pott (tumeur dorsale, abcès ouverts à la cuisse) à 7 ans et demi.

Une autre de méningite (?) à six semaines.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, alcoolisme avoué, et depuis deux mois, toux, amaigrissement, hémoptysie.

Signes nets, à l'auscultation, de tuberculose pulmonaire (poumon droit).

Bien conformé à la naissance.

Vers six à sept ans apparut du côté du nez une saillie grosse comme une cerise, d'après les souvenirs et la comparaison du malade, qui commença dès cette époque à être gêné en respirant par le nez.

Vers l'âge de 15 ans, le malade eut de l'épiphora, de la conjonctivite. Aux Quinze-Vingts, on sonda le point lacrymal droit, le côté correspondant du nez ayant commencé à grossir à une période que le malade ne se rappelle pas, mais le volume de la déformation de ce côté n'atteignit jamais celui du côté opposé.

A gauche, la volumineuse déformation du nez empêche le cathétérisme du sac lacrymal. A 21 ans, il fit son service militaire dans l'infanterie ; la respiration nasale était suffisante, il put faire les grandes manœuvres et ne fut jamais malade au régiment. A cette époque, d'après la comparaison du malade, le côté gauche le plus déformé était gros comme une groseille à maquereau, et du côté opposé, du volume d'une petite amande.

Le malade n'a jamais mouché de pus, ni eu d'écoulement quelconque par les narines. Jamais aucune espèce de douleurs. Il y a deux ans, une grosse saillie osseuse apparut près de l'angle du maxillaire inférieur à droite, sans cause aucune, et à l'insu du malade. Cette saillie

osseuse, stationnaire, indolente et fort dure, est actuellement du volume d'une noix.

Actuellement, le nez est complètement déformé par deux saillies osseuses, de volume inégal, attenant aux os propres du nez, à la branche montante du maxillaire supérieur et paraissant se terminer au rebord de l'orbite. L'axe du nez se trouve déjeté à droite, le cartilage se trouve déformé. L'examen de la bouche fait voir un palais remarquablement ogival.

Examen rhinoscopique : L'obstruction nasale est presque entièrement complète et déterminée par la paroi externe des fosses nasales qui, étant saillante et globuleuse, vient à la rencontre de la cloison. Les cornets sont totalement disparus. La muqueuse est devenue mince, d'un blanc rosé et recouvrant une paroi osseuse uniformément dure. La narine droite offre un pertuis de 2 millim. de hauteur environ, la gauche un orifice extrêmement petit au fond d'un infundibulum.

Rhinoscopie postérieure, très difficile à cause des réflexes (à refaire).

Éclairage par transparence. Tout le massif nasal et maxillaire reste sombre, pas d'éclairage de la pupille, comme sensation lumineuse par les yeux.

L'odorat est très diminué : cependant la malade reconnaît certaines odeurs très fortes.

Le symptôme fonctionnel le plus important est l'absence de respiration par le nez, nécessitant la respiration constante par la bouche.

M. Moty. — Il me semble s'agir d'ostéomes éburnés des maxillaires.

M. Fournier. — Je pense que ces lésions peuvent être rangées dans les exostoses ostéogéniques.

Névrodermite chronique de la verge guérie par les scarifications.

Par MM. L. Jacquet et Ph. Mesnard.

La méthode, si précieuse, des scarifications linéaires n'a peut-être pas donné encore tout ce qu'on est en droit d'en attendre. Et cependant depuis les premiers travaux de Balmanno Squire, son véritable initiateur, elle est devenue fort usuelle. En France E. Vidal, L. Brocq (1) en ont étendu les indications et précisé la technique.

L'un de nous a montré le parti qu'on en peut tirer dans les eczémas et psoriasis localisés (2) et dans certains œdèmes chroniques (3). Nous allons relater ci-dessous un saisissant succès de cette méthode, en une région où nous ne pensons pas qu'on la crût applicable, et où, du moins, nous ne croyons pas que personne l'ait jusqu'ici appliquée.

Il s'agit d'une « névrodermite » totale et nous nous expliquerons

(1) *Traitement des dermatoses par la petite chirurgie.*
(2) L. Jacquet, *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 1898.
(3) L. Jacquet: In Thèse du Dr Giraud: Paris, 1895.

plus loin sur ce mot, de la verge (gland, rainure préputiale et fourreau). Cette dermatose datait de *cinq ans*.

Le patient, homme cultivé et intelligent, a bien voulu fixer pour nous son observation ; nous le laissons parler lui-même, avec quelques simples retouches de son texte, jusqu'au moment où il est venu se confier à nous. Une observation de « *professionnel* » perdrait en saveur, sans gagner en intérêt.

Hérédité. — Mon *père* est mort à 65 ans, et, autant que je m'en souviens, de la phtisie.

Ma *mère* est morte d'épuisement, au même âge.

Un frère, plus jeune que moi de trois ans, est mort phtisique à 27 ans.

Un frère de père, plus âgé que moi de treize ans, a eu, il y a onze ans, une maladie nerveuse qui dura deux ans. Sa tête était agitée et ne restait au repos qu'autant qu'il la prenait à deux mains ou qu'il se couchait. Après deux ans de piqûres de morphine, il fut guéri, ne gardant qu'une certaine raideur du cou.

Antécédents personnels. — Je suis moi-même âgé de 46 ans.

A 11 ans, j'ai fait une chute sur la tête qui entraîna un évanouissement. Peu de temps après, j'ai été atteint d'une crise d'*asthme* et depuis lors j'en ai eu chaque année deux ou trois semblables. A 17 ans, elles disparurent et ne se sont pas reproduites. En revanche, j'eus, plus tard, mais sans que je puisse fixer la date, une véritable *crise nerveuse.*

Vers l'âge de 26 ans, j'ai traversé des périodes de constipation excessive.

Ma vie d'ailleurs était pénible et dure. Je travaillai beaucoup, d'abord comme répétiteur de lycée, puis comme maître dans diverses institutions privées de Paris. D'autre part, je m'adonnai à l'absinthe, deux à trois verres par jour pendant cinq à six ans. En 1877, j'eus une nouvelle *crise de nerfs* dans un café. A la suite, durant plusieurs jours, je dus marcher tard dans la nuit et ne me coucher qu'épuisé, pour me procurer un peu de sommeil. Le souvenir de cette crise me hanta longtemps. Je cessai de boire de l'absinthe et depuis dix ans au moins, n'en ai pas bu.

Je me mariai à 28 ans, j'étais alors anémique. Un an après mon mariage, j'eus une crise terrible et généralisée de rhumatismes qui me cloua au lit deux mois durant. Depuis, ma santé alla constamment en s'améliorant. J'ai eu trois enfants : une fille morte à 18 mois ; un garçon assez maladif et un dernier enfant comptant 7 ans aujourd'hui et très vigoureux.

Je suis d'un tempérament irascible. Je ressens vivement une offense ou un échec. J'ai toujours travaillé sous l'empire d'irritations successives. J'ai parfois, aux périodes d'énervement, des accès de bile qui vont souvent jusqu'au vomissement.

De 1882 à 1889 j'ai souffert d'une obésité que j'ai fait disparaître par des exercices violents.

Ma maladie actuelle. — C'est de 1893, au milieu de septembre, que datent les premières manifestations.

J'avais fait le sacrifice de mes vacances et j'étais occupé à donner des

leçons, environ six heures par jour, dans une famille. Je vivais alors, depuis un mois et demi environ, d'une vie à laquelle je n'étais point fait. J'entends par là que j'étais forcé à de longues séances à des tables copieusement servies, et que je me laissai aller à des abus de vins fins, de liqueurs, etc.

Je remarquai alors (milieu de septembre) une tache rouge au méat. Je l'attribuai à un frottement de la chemise et je me lavai à l'eau boriquée. Le mal ne disparaissant pas, je vis des médecins. Tous opinèrent pour une maladie herpétique et me soignèrent par des pommades à l'oxyde de zinc et au tannin.

L'un d'eux m'ordonna l'ichtyol, ajoutant que si l'ichtyol était inefficace, il faudrait en venir aux scarifications. Un autre médecin me conseilla avant les scarifications, la poudre de calomel, qui eut raison du mal pour un temps.

Mais aux vacances de 1894, le mal, enrayé quelque temps, reparut et, depuis lors, persista avec des phases diverses.

Dans les premiers mois de 1895, il augmenta et sembla prendre à ce moment une nouvelle apparence qu'il conserva jusqu'à l'année dernière. Au lieu de se confiner aux bords du méat, une tache rouge apparaît sur la bordure du gland, quelquefois à sa surface même. La tache s'étend un peu, puis elle se met comme en marche, se dirigeant vers le méat où elle vient se fondre. Quatre ou cinq taches ont ainsi évolué.

Il y a un an, le fourreau a commencé à se prendre, s'irritant et s'avivant. Alors la poudre de calomel me parut augmenter le mal au lieu de le calmer comme autrefois. Je la mélange à l'amidon. Puis je remplace le mélange par la poudre d'alun.

La maladie ne fit que progresser. Pendant les quatre premières années, le mal étant localisé au gland et au méat, n'occasionna jamais de véritables démangeaisons. Je n'éprouvai guère que de désagréables sensations de chaleur.

C'est seulement il y a dix mois quand le mal se fut étendu au fourreau que je ressentis les premières crises.

A la suite d'un rapprochement sexuel ou d'une pincée exercée pour calmer une cuisson légère, le prépuce se gonflait. Une boursouflure se produisait comme après une brûlure. La peau éclatait souvent et devenait humide. Alors j'éprouvais une crise de démangeaison, légère dans le jour, atroce la nuit. Je l'apaisai un peu en mettant sur la peau de l'eau de Cologne. Elle pouvait durer deux ou trois jours, puis la boursouflure s'affaissait. J'évitai dès lors les rapprochements sexuels. Mais le frottement de l'organe contre le pantalon amenait parfois une coupure de la peau qui rendait la marche pénible.

Au moment où je suis venu vous trouver, il n'y avait plus d'autres accalmies que celles de quelques heures que me procuraient les applications d'eau de Cologne.

Voici à ce moment l'état du malade : la verge dans son entier est rouge, le gland et le prépuce surtout, très foncés, violâtres, légèrement squameux ; le maximum de rougeur est au méat, et va de là *decrescendo* jusqu'à la

racine de la verge où elle se termine par une bordure assez régulière, tranchant sur le reste normal du tégument.

Pas de tuméfaction, pas d'œdème, pas d'infiltration néoplasique, sauf au rebord préputial, qui, surtout à sa partie inférieure, à la région du frein est rouge sombre et légèrement gonflé. Là également se voient quelques craquelures épidermiques, suintantes. Nous savons par le récit du malade, qu'à certaines périodes la turgescence, la cuisson et le suintement augmentent.

Rien sur le reste du corps.

Nous pratiquons un examen bactériologique des squames obtenues par raclage : il ne révèle rien qui vaille d'être relaté.

Cela fait, un seul diagnostic nous semble possible, celui d'eczéma chronique de la verge.

Mais on pouvait spécifier davantage. Se rappelant les antécédents névropathiques héréditaires et personnels du malade, son obésité antérieure, ses excès d'alcool, de table, et de travail ; songeant aussi aux sensations premières de chaleur et de cuisson, puis aux crises prurigineuses et aux grattages qu'elles entraînaient à leur suite, il était difficile de ne pas suspecter l'origine nerveuse d'un tel eczéma, et de ne pas le rapprocher de ces dermatoses, anciennement connues, mais mal élucidées encore où le trouble d'innervation paraît le premier phénomène en cause et où la lésion se développe sous l'influence des frottements et grattages, d'une peau modifiée dans son équilibre trophique et vaso-moteur. C'est là le mécanisme que l'un de nous (1), en collaboration avec L. Brocq, avait reconnu dans une série de lésions, non identiques mais très analogues, où Cazenave avait très sagacement démêlé l'influence dominante du trouble d'innervation.

Quoi qu'il en soit, nous instituâmes le traitement suivant :

Douches tièdes quotidiennes ; sobriété absolue ; alimentation à dominante végétarienne ; suppression des veilles et du surmenage en tous genres : voilà pour le traitement général.

Au point de vue local : 1° application pendant la nuit de cataplasmes de fécule de pomme de terre, souples, moelleux, et froids ; 2° scarifications linéaires du gland, de la rainure balano-préputiale et du fourreau. Ces scarifications répétées deux fois par semaine en moyenne, ont été superficielles, et faites aseptiquement. Pour scarifier commodément le prépuce, il faut le déplisser et le rétracter de manière complète sur les corps caverneux.

L'amélioration se montra d'*emblée*, et ne cessa pas de progresser jusqu'à l'entière cure, qui exigea une vingtaine de séances environ.

Après une quinzaine, elles furent suspendues pendant un mois : quelques rougeurs légèrement squameuses reparurent sur le gland.

(1) Brocq et Jacquet. Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. *Annales de Dermat.*, 1891, p. 97 et 193.

Aujourd'hui, il y a plusieurs mois déjà que rien ne s'est montré à nouveau. La verge est dans un état rigoureusement normal ; quant aux crises prurigineuses, elles ont disparu dès les premiers jours du traitement.

Syphilis maligne précoce sans adénopathie.

Par M. LANDOUZY.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est doublement intéressant au point de vue de la pathologie générale et des lésions syphilitiques graves qu'il a présentées.

C'est un jeune garçon de 19 ans qui est entré dans mon service pâle, amaigri, défait, cachectique pour un mal de gorge. Nous avons constaté alors que la bouche était envahie par de larges plaques muqueuses ; et il présente, comme vous le voyez, des lésions ulcéreuses disséminées et de nature incontestablement syphilitique. Or, malgré l'intensité de ces lésions, nous n'avons pu trouver chez ce malade aucune adénopathie vraiment spécifique, on ne sent pas et on n'a jamais senti les ganglions sous-maxillaires. Les ganglions inguinaux étaient bien un peu volumineux, mais ce léger engorgement ganglionnaire nous a paru devoir être mis sur le compte d'une blennorrhagie récente contractée par le malade, et de fait il a disparu avec l'écoulement uréthral. Cette absence de réaction ganglionnaire chez un sujet jeune qui présente une syphilis précocement et exceptionnellement grave, vient à l'appui de la théorie soutenue ici même par M. Augagneur sur le rôle défensif, atténuateur de l'adénopathie dans la syphilis. Nous n'avons pas trouvé trace du chancre, et nous pensons que ce jeune homme a eu un chancre de la gorge, un chancre amygdalien, chancre qui a été suivi rapidement de lésions ulcéreuses qui ont détruit complètement la luette, comme vous pouvez le constater.

Le traitement ordinaire a été impuissant à modifier ces lésions, les frictions mercurielles sont restées inefficaces, et il nous a fallu recourir à des injections de biiodure, à la dose de quatre milligrammes par injection quotidienne, combinées à l'administration de l'iodure de potassium, pour modifier son état. Aujourd'hui, ce malade est littéralement transformé ; l'état cachectique où il se trouvait avant le traitement a disparu et les ulcérations tendent à se réparer. J'ajoute que ce jeune homme est fortement entaché d'éthylisme, il y a là un facteur de gravité dont il faut tenir compte.

M. MAURIAC. — J'ai observé très souvent des cas analogues, et j'ai remarqué que les adénopathies sont rares dans la plupart des lésions syphilitiques primitives graves.

Ainsi, on ne constate presque jamais d'adénopathie inguinale dans les chancres syphilitiques phagédéniques et les adénopathies font défaut dans les ulcérations syphilitiques tertiaires. Par contre, une syphilis très bénigne, manifestée parfois seulement par quelques taches de roséole, peut s'acompagner d'adénopathies très volumineuses. On ne peut donc juger de la gravité de la syphillis par ses déterminations ganglionnaires.

M. Barthélemy. — J'ai entendu la communication de notre maître et ami, le professeur Landouzy, avec le plus vif intérêt parce qu'elle soulève les importantes questions de la défense de l'organisme contre l'infection syphilitique et de la définition de ce qu'on entend par une syphilis grave.

Et d'abord, quelle importance pronostique faut-il accorder à la présence ou à l'absence (celle-ci exceptionnelle, comme je le faisais remarquer au Congrès de Moscou) des adénopathies primitives ou secondaires, témoins de l'infection d'abord locale, puis régionale et graduellement généralisée ? Pour ma part, la réponse, jusqu'à ce jour du moins, à cette question est que les adénopathies ne constituent nullement un baromètre même approximativement exact de la bénignité ou de la gravité ultérieure d'une syphilis. En d'autres termes, les faits d'observation ne me semblent pas confirmer la proposition avancée théoriquement et comme par une vue de l'esprit, à savoir que les sujets qui ont de fortes adénopathies sont mieux protégés contre les divers accidents et manifestations tégumentaires, sous-cutanées ou viscérales de l'infection, que ceux qui en ont peu ou pas. L'organisme a de multiples moyens de défense contre l'infection, quand ce ne serait que les glandes vasculaires sanguines, le sang lui-même, les cellules et les épithéliums dont les propriétés ne sont pas encore bien définies mais dont l'action ne semble pas douteuse. Le système lymphatique sert à la progression habituelle, non constante de l'infection qui est parfois sanguine ; sa souffrance témoigne de la marche du virus, l'arrêtant peut-être, selon la théorie anciennement déjà exposée par Virchow, la combattant peut-être, si l'on veut, mais ne l'enrayant pas complètement et semblant plutôt signaler que les divers modes de protection de l'organisme sont insuffisants, que les dernières barrières vont être ou viennent d'être franchies ; peut-être y a-t-il dans le système lymphatique un moyen d'atténuation pour les infections banales ou bénignes ; peut-être le virus syphilitique s'y trouvera-t-il atténué, ce qui n'est qu'une jolie hypothèse, selon l'expression à la mode et selon le dire même de M. Landouzy ; mais on peut affirmer que, régulièrement, c'est là contre le virus syphilitique une barrière impuissante. J'ai dans le souvenir de nombreux faits qui viennent à l'appui de cette assertion : d'une part, des adénopathies intenses, multiples, primitives et secondaires, locales puis générales, coïncidant chez un adulte de 25 ans, en pleine vigueur, sans autre tare, avec des syphilides graves dès le début, et sévères dans la suite. Heureusement, il me souvient de cas où les adénopathies ont été minimes, sinon presque nulles, du moins chétives, peu marquées, difficiles à déceler, et où la syphilis a été assez légère pour rentrer (alors que j'ai pu suivre les malades pendant les 6 ou 8 années suivantes) dans la catégorie

des syphilis frustes, de celles que Diday qualifiait d'imperceptibles.

Tout organisme a des modes de défense et de résistance qui lui sont propres, avec des prédominances existant ici, et remplacées là par d'autres. Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades, disait-on autrefois ; c'est encore vrai aujourd'hui, et, dans la question qui nous occupe, domine aussi la note individuelle. Pour une même cause se produisant sur deux sujets, tel organisme fera une réaction lymphatique bien plus intense et plus diffuse que tel autre ; et si vous regardez bien, vous verrez que ce n'est pas celui qui a le plus d'adénopathie qui est le plus résistant. Chez les animaux, l'inoculation du virus syphilitique ne donne lieu à aucune réaction, soit locale, soit générale ; les ganglions n'ont même pas à intervenir.

Chez les hommes adultes et vigoureux, les adénopathies se montrent, indices de l'infection graduellement progressive à des dates que l'on peut presque déterminer à l'avance, mais se montrent avec une intensité médiocre, ralentissant à peine la marche du virus dont la prise de possession de toute l'économie est généralement signalée par l'apparition de la roséole. Soit dit en passant, je viens d'observer un cas traité dès l'apparition du chancre par les injections de calomel et d'huile grise et où la roséole a été retardée au delà de sept mois et où la syphilis n'a encore donné lieu qu'à une minime et passagère syphilide érosive et commissurale, bien que les adénopathies aient été intenses et multiples, en chaînes ganglionnaires bi-inguinales pour un seul chancre.

Je sais bien que chez le vieillard qui a d'autant moins d'adénopathie qu'il est plus vieux et plus débilité, la syphilis prend vite des allures dénutritives et cause des accidents graves ; mais c'est parce que la vitalité de tout l'organisme est atténuée dans son ensemble, plus encore parce que ses vaisseaux sanguins sont altérés et friables que parce que son système lymphatique est peu actif. Les ganglions sont malhabiles, sont impuissants comme les autres organes ; et c'est de l'ensemble de cette impuissance que procède la malignité d'une infection récente. Au contraire, chez l'enfant de 2 ou 3 ans, la syphilis est généralement bénigne alors que les adénopathies sont souvent développées ; mais l'enfant fait facilement des glandes : il en fait pour les infections les plus simples ; et ce qui le sauve, c'est la jeunesse de ses tissus, l'activité des échanges et des fonctions, mais non pas seulement l'intervention du système lymphatique. L'organisme jeune finit par prendre le dessus, mais les adénopathies sont plutôt les témoins que les auteurs de la défaite de l'infection envahissante.

L'âge n'est pas le seul facteur qui intervienne ; il faut compter aussi avec la vulnérabilité de chaque système, de chaque tissu qui composent un organisme donné. Un même virus peut contaminer plusieurs sujets, cela s'est vu ; or, tous ces sujets sont loin de voir leur syphilis puisée à la même source, se comporter de la même manière. Chez l'un la peau sera particulièrement peu résistante ; il y a des poussées de syphilides presque incessantes ; chez l'autre, ce sera le tissu osseux et le périoste et on aura des périostites précoces et des exostoses multiples. Chez tel autre, le système nerveux sera particulièrement atteint, et, dès les premières périodes, on aura aussi des paralysies et des lésions graves ; chez un autre enfin, la

dénutrition générale sera très intense alors que celui-ci gardera ses forces, son teint, et toutes les apparences de sa santé. N'ai-je pas cité autrefois l'observation de ces trois sœurs qui eurent des lésions rénales l'une pour la scarlatine, l'autre pour la fièvre typhoïde, la troisième pour la syphilis, et l'histoire de ces deux hommes, le père qui eut une phlébite pour la fièvre typhoïde et le fils qui eut la même complication pour l'influenza. Dans tous ces cas, la maladie n'était pas particulièrement grave, c'étaient les tissus tégumentaires seuls qui étaient particulièrement vulnérables. Ici de même, la syphilis n'est grave que pour les jeunes.

Dans le cas de discussion que M. Landouzy a bien voulu vous présenter c'est la peau qui est particulièrement et précocement atteinte par des poussées presque subintrantes de syphilides, mais, vous le voyez, l'état général reste bon, l'embonpoint, les couleurs, les forces, l'apparence de la santé persistent. Les syphilides cutanées précoces, multiples, profondes, ne veulent pas dire que la syphilis sera ultérieurement plus maligne pour ce sujet que pour un autre. Ce que nous constatons là signifie seulement que la peau de ce malade est particulièrement vulnérable à la qualité de virus dont est faite cette syphilis. Or, dans notre climat, ce qui rend le plus souvent la peau si incapable de résister, c'est l'alcoolisme. Certes, il y a d'autres causes, la misère, la grossesse, la cachexie paludéenne, etc., sont les facteurs habituels de gravité de la syphilis ; mais ici, il semble que l'alcoolisme doive être incriminé puisque le traitement spécifique a été précoce et énergique. Il faudrait voir aussi s'il n'y a pas de séborrhée préalable ; j'ai remarqué que la séborrhée persistante influençait la syphilis cutanée.

Et c'est ainsi que nous sommes parvenus à la question de savoir ce qu'on entend par syphilis grave ou maligne. Il est évident que cette syphilis qui mutile les téguments est cependant bien moins grave que si déjà des lésions osseuses ou des paralysies se montraient ; car la syphilis est loin de n'être qu'une maladie de peau ; c'est une maladie générale, du sang, de tout l'être, et il arrive que bien souvent la peau est ou résistante ou respectée et le système nerveux très promptement, particulièrement et irrémédiablement intéressé ; c'est alors que la syphilis doit être considérée comme vraiment grave ; mais c'est là une question beaucoup trop vaste pour être traitée occasionnellement ainsi au pied levé et si je suis entré dans tous ces détails c'est uniquement pour montrer tous les problèmes que soulève la communication de M. Landouzy.

M. Brocq. — A mon avis, ce malade est atteint d'une syphilis maligne. L'intérêt de la question est de savoir si, dans les syphilis malignes précoces, il y a ou non adénopathie. D'après M. Landouzy, les ganglions lymphatiques ont un rôle de protection vis-à-vis de la syphilis. Or, dans la plupart des observations de ce genre que j'ai recueillies autrefois, j'ai noté en effet l'absence ou le peu de développement des adénopathies, et presque toujours les malades étaient éthyliques.

M. Mauriac. — La malignité de la syphilis implique une destruction rapide des tissus cutanés ou muqueux. Il y a concordance ordinairement entre la gravité de l'accident initial et celle des accidents consécutifs.

Chez ce malade le chancre a passé inaperçu mais il est probable qu'il s'est développé dans la gorge ; or, les chancres de l'amygdale sont presque toujours suivis d'accidents cutanés graves.

M. Landouzy. — Il y a là une question de pathologie générale, et si je vous ai présenté ce malade, c'est pour insister sur le rôle défensif, atténuateur, des ganglions. L'adénopathie, qu'on présente souvent comme un témoignage de la gravité de la syphilis, semblerait montrer au contraire que l'organisme se défend bien contre l'infection. La syphilis acquise de l'enfant s'accompagne ordinairement d'adénopathies volumineuses et la syphilis chez lui est bénigne ; chez le vieillard, au contraire, dont les ganglions sont atones et pour ainsi dire éteints, la syphilis est presque toujours maligne.

Je crois aussi que chez ce malade, comme la syphilis est entrée par la gorge, il y a de ce chef un facteur de gravité ; l'œnophilie a dû également jouer un rôle.

M. Gémy. — Depuis la communication sur la défense de l'organisme par les ganglions dans la syphilis, je me suis livré à des recherches sur ce sujet. Chez les indigènes algériens, dont la syphilis est toujours grave, j'ai constaté que les ganglions sont presque toujours très volumineux. L'éthylisme ne peut être invoqué, car ils ne boivent que de l'eau. Je crois que la gravité de la syphilis algérienne est due à la non-atténuation du virus, qu'ils contractent à une source non mercurialisée.

M. Landouzy. — M. Gémy a-t-il remarqué en Algérie des différences entre les réactions des indigènes et celles des Européens à cet égard ?

M. Gémy. — Chez tous les malades que j'ai soignés, les ganglions étaient volumineux. Je crois qu'il faut invoquer surtout la virulence du virus.

M. Renault. — Des observations nombreuses pourront seules élucider cette question. On voit souvent coïncider une syphilis maligne et des adénopathies considérables. En somme, chaque malade paraît réagir d'une façon différente suivant l'état de son système ganglionnaire.

M. Besnier. — Le malade présenté par M. Landouzy soulève une question des plus intéressantes, celle de la défense ganglionnaire de l'organisme. Il est certain qu'il y a des syphilis graves dans lesquelles le système ganglionnaire réagit avec la plus grande intensité.

L'idée émise par M. Gémy touchant la gravité de la syphilis suivant la mercurialisation des races mérite également d'être approfondie.

M. Landouzy. — Dans l'enquête qu'on mènera sur la question du rôle possible de défense et d'atténuation des ganglions, je voudrais que, dans les cas d'adénopathie cervicale ou sous-maxillaire, on fasse l'examen microbiologique de la gorge ; un grand nombre d'adénopathies cervicales relèvent en effet du streptocoque, si fréquent dans la gorge, et il est important de distinguer celles qui relèvent de l'infection syphilitique pure et celles qui relèvent d'une infection associée.

Élection.

Au cours de la séance a été élu *membre correspondant* M. le Dr Rona (de Budapest).

M. le Président annonce que la commission du prix Zambaco, composée de MM. Balzer, Besnier, Brocq, Fournier, Hallopeau, a choisi pour sujet du 1er concours la question suivante :

De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie.

Le Secrétaire,

P. Gastou.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT DE PARIS

Séance du 13 janvier 1898.

Neurasthénie : psychose et dermatose vicariantes.

M. Morel-Lavallée rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, bien portant, sans tare nerveuse ou dermatologique connue, pris d'une dermatose extrêmement prurigineuse, presque généralisée et composée d'éléments papuleux isolés ou conglomérés avec lichénification partielle et vésiculation rare ; cette dermatose rappelle plus spécialement, en raison de sa confluence aux membres inférieurs, la dermatose due aux « aoûtans ». Le prurit était en voie de diminution quand, soudain, au milieu de la journée, le malade éprouve une sensation de vide, ne sait plus où il est, sa vue se trouble, il scande tous les mots en monosyllabes égaux, l'idéation est affaiblie, non pervertie. Ces troubles durèrent pendant plusieurs mois. G. T.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris, 12, 15 avril 1898.

Botryomycose humaine.

M. Poncet rapporte deux nouvelles observations de botryomycose chez l'homme (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 89). L'une d'elles a trait à un homme de 39 ans, atteint depuis 4 mois, sans cause connue, sans traumatisme local, d'une tumeur de la paume de la main gauche, du volume d'une petite noix, de coloration rosée, marbrée par places de croûtes noirâtres, molle, formée d'un tissu spongieux ; à l'examen microscopique, la tumeur était formée de tissu de granulation et de nombreux vaisseaux, comme il est de règle dans la botryomycose. G.T.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

Séance du 24 janvier 1898.

Maux perforants et sections congénitales des doigts et des orteils par brides amniotiques.

M. Laubie rapporte l'histoire d'un malade âgé de 21 ans, entré à l'hôpital pour des ulcérations apparues depuis deux mois sur un pied atteint de malformations congénitales. Il n'y a rien de spécial dans l'histoire du malade qui depuis quelques années fait de nombreux excès d'alcool. Il y a 5 ans se montre à la tête du cinquième métatarsien une ulcération qui nécessite

un séjour de deux mois à l'hôpital. Le malade il y a 2 mois s'enfonce une petite pointe dans le talon et à la suite de ce léger traumatisme s'établit l'ulcération actuelle qui, comme la première, présente tous les caractères du mal perforant.

Il existe aussi des déformations intéressantes. Au membre inférieur droit, à 13 centimètres au-dessus des malléoles, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, les parties molles sont séparées par un sillon profond qui s'étend circulairement autour du membre. Au-dessus et au-dessous les muscles se renflent en volumineux bourrelets, mais au niveau du sillon, la main qui explore ne trouve en avant que les os qui paraissent soudés l'un à l'autre à ce niveau ; en arrière, elle perçoit seulement le tendon des jumeaux qui semble représenter en ce point la musculature postérieure. Au-dessus on sent le tibia et le péroné, mais au-dessous ils paraissent se confondre.

Tous les orteils présentent un certain degré d'extension. Le cinquième manque presque entièrement ; on trouve seulement un petit tubercule. Le quatrième et les deux premiers sont normaux. Au troisième manque la phalange unguéale.

La main gauche est bien conformée, mais à la main droite le pouce présente un sillon circulaire à un demi-centimètre au-dessous de l'articulation phalango-phalangienne. Les autres doigts sont atteints de syndactylie incomplète, surtout les trois du milieu qui ne sont libres qu'à partir de la deuxième phalange. Les trois derniers n'ont pas de phalangette. Le cinquième est normal. Aux doigts comme aux orteils, les portions de membres ainsi amputées présentent à l'extrémité une cicatrice très apparente.

Pas de troubles de la sensibilité, à part l'anesthésie au niveau des articulations.

Le malade présente donc des amputations congénitales des doigts et des orteils et des sillons circulaires qui n'ont pas abouti à l'amputation. La présence de cicatrices à l'extrémité des phalanges qui persistent démontre qu'à un moment donné les portions de membres absents ont existé. Les sections se sont produites probablement grâce à la présence de brides amniotiques. Le malade offrait des conditions favorables au développement d'un mal perforant. La tibiale postérieure comprimée par le sillon circulaire du mollet ne bat plus derrière la malléole. Les métatarsiens sont tassés les uns contre les autres et par conséquent il existe une compression constante sur les points saillants. De plus, le malade est devenu alcoolique et présente déjà des artères flexueuses et dures.

Épithélioma de la jambe développé sur d'anciens trajets d'ostéomyélite chronique du péroné.

M. Verdelet. — Il s'agit d'un homme de 46 ans qui reçut à l'âge de 18 ans un coup de pied de cheval sur la face externe de la jambe gauche qui se tuméfia et devint douloureuse; du pus s'échappa et jamais la guérison ne fut complète. Il resta toujours un pertuis par où sortait d'une façon continuelle une petite quantité de liquide séro-purulent.

Cet état dure environ 28 ans ; lorsqu'il y a quelques mois seulement l'aspect de la région malade se modifia et insensiblement se développa

autour du pertuis un tissu blanchâtre qui progressa peu à peu en s'élargissant, en même temps qu'au-dessous se formaient des bourgeons charnus volumineux qui laissaient écouler de la sérosité. Ces bourgeons parsemés de points jaunâtres laissent écouler un liquide d'odeur infecte. Tout autour les tissus sont légèrement indurés. L'exploration des trajets fistuleux au stylet montre l'existence de séquestres osseux.

Le 15 décembre 1897 on fait l'extirpation de la tumeur, le malade refusant l'amputation du membre, mais quelques jours après des hémorrhagies secondaires se produisent, le mal n'a pas de tendance à se limiter et l'amputation déjà proposée est acceptée. Le malade est actuellement guéri.

Dixième récidive de sarcome de la région antérieure de la cuisse.

M. Rothamel présente des tumeurs provenant d'une femme qui portait à la région antéro-interne de la cuisse droite un ensemble de petites tumeurs que l'examen microscopique a fait reconnaître pour du sarcome fibro-plastique.

L'opération pratiquée le 13 janvier 1898 est la onzième du même genre qu'ait subie la malade. L'apparition de la première tumeur remonte à vingt-quatre ans. Il n'y a jamais eu de tendance à la généralisation, les récidives se faisant toujours au même point. Malgré dix récidives, dont les sept dernières se sont suivies d'année en année, la malade a toujours conservé un état général satisfaisant.

Séance du 7 février 1898.

Zona chez une tuberculeuse.

MM. Mongour et Michel présentent une malade manifestement tuberculeuse qui a vu apparaître le 29 janvier 1898 un zona thoracique occupant les neuvième et dixième espaces intercostaux, avec frissons, fièvre, douleur violente au niveau du siège de l'éruption.

L'éruption n'est pas très confluente. Dans l'intervalle des vésicules existe une hypoesthésie très nette à la piqûre. Sensibilités au froid et à la chaleur conservées.

L'intérêt de la présentation n'est pas dans la coexistence du zona thoracique et de la tuberculose, fait bien connu, mais dans la présence d'une lésion pleurale occupant, par rapport à la moelle, la région correspondant à l'émergence des nerfs en cause.

Dans ces conditions la théorie de la disposition métamérique du zona, théorie de Brissaud, est-elle applicable à cette malade?

M. Verger ne croit pas qu'il y ait dans l'observation de M. Mongour rien qui autorise à croire qu'il y ait une lésion médullaire ou radiculaire comme cause de zona. Au contraire, la coexistence des frottements pleuraux ferait plutôt croire à une action directe de voisinage sur le nerf lui-même. L'origine du zona serait donc périphérique.

M. Mongour accepte cette interprétation plus plausible, au moins dans ce cas, que l'hypothèse d'une névrite toxique ou d'une lésion médullaire.

Séance du 14 mars 1898.

Production de godets faviques par l'inoculation à l'homme et à la souris d'un trichophyton pyogène.

MM. Sabrazès et Brengues montrent à la Société des cultures, des dessins et des souris inoculées qui se rapportent à un trichophyton pyogène extrait d'un sycosis parasitaire. Ce champignon, morphologiquement trichophytique, détermine chez l'homme l'apparition de placards vésiculo-pustuleux parsemés de foyers de cultures disposés en godets, et chez la souris des colonies en godets ne se différenciant pas au point de vue objectif et microscopique des godets faviques ; mais ces godets finissent par se détacher, éliminés par le processus inflammatoire ; ils n'entraînent pas la mort de l'animal.

Donc, un champignon réputé trichophytique, identique au trichophyton pyogène d'origine équine décrit par Sabouraud, est inoculable à la souris et, bien plus, produit des godets sur l'animal et sur l'homme. D. F.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 25 janvier 1898.

Note sur un cas de syphilis placentaire : placenta de 1,950 grammes.

M. Audebert. — Depuis les travaux d'Œtmanson, de Fraenkel, de Pinard, il est établi que l'augmentation de poids est un des caractères principaux du placenta syphilitique. On retrouve d'une façon à peu près constante dans toutes les observations cette hypertrophie, et dans bien des cas elle a suffi pour déceler une syphilis ignorée. Le poids du placenta hypertrophié varie entre 700 et 900 grammes.

Les poids exceptionnels signalés jusqu'à ce jour sont : de 1,000 grammes, 1,135, 1,250, 1,600, 1,680 (Correa, Dias, Flandrin, Potocki, Parisot, Perret).

A titre de curiosité, M. Audebert rapporte l'histoire d'une malade qui expulsa un placenta, du poids de 1,950 grammes, de consistance molle, friable, de couleur rosée, avec quelques dégénérescences graisseuses. Les cotylédons sont peu nombreux, mais énormes et séparés par des sillons profonds. Le cordon a le volume du bras d'un nouveau-né. Cette hypertrophie coïncidait avec un fœtus mort et macéré. L'hypertrophie placentaire tient surtout aux altérations spécifiques des villosités et en particulier à leur hypertrophie et à l'infiltration embryonnaire qu'elles présentent dans toute l'étendue du placenta. En 1873, Fraenkel avait déjà signalé le développement du bord placentaire en dehors de l'insertion des membranes : ce caractère existait dans l'observation actuelle.

En résumé, on peut attribuer l'augmentation de poids du placenta syphilitique : 1° aux altérations spécifiques dont il est le siège ; 2° au développement du bord placentaire en dehors des membranes ; 3° quand il y a macération, à l'œdème qui envahit l'arrière-faix. D. F.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilide pigmentaire.

Leucodermie syphilitique (Zur Kenntniss des Leucoderma syphiliticum), par Hjelmann. *Dermatol. Zeitschrift*, 1897, t. V, p. 606 et 696.

L'auteur a étudié histologiquement 10 fragments de peau leucodermisée, excisés sur sept personnes différentes.

Il a toujours examiné des coupes non colorées; il en a étudié d'autres avec différentes matières cololorantes.

Voici le résultat de ses recherches:

La leucodermie syphilitique peut se développer en connexion directe avec un exanthème syphilitique.

Avec ces leucodermies post-papuleuses, c'est-à-dire post-maculeuses, l'épiderme est plus ou moins aminci, les vaisseaux de la peau sont e partie oblitérés et atrophiés; des infiltrations de cellules se trouvent dans les papilles et dans le stratum sous-papillaire. La proportion de pigment est bien moins accusée dans le derme que dans le réseau de Malpighi, le pigment peut même manquer presque complètement dans la peau.

Indépendamment des décolorations de la peau consécutives à des exanthèmes syphilitiques, il peut se développer une hyperpigmentation primaire, diffuse de la peau, une véritable syphilide pigmentaire, vraisemblablement sous des influences nerveuses.

Dans cette syphilide pigmentaire, il y a dans le derme, en proportion relativement considérable, du pigment de nouvelle formation et une légère infiltration de cellules le long des vaisseaux, dans les papilles et le stratum sous-papillaire. Consécutivement à l'oblitération et à l'atrophie des vaisseaux, il peut s'ajouter d'une façon secondaire à cette syphilide pigmentaire une décoloration de la peau, qui la ramène à sa pigmentation normale, ou qui détermine une véritable dépigmentation.

Les leucodermies post-papuleuses présentent, tout au moins dans un petit nombre de cas, microscopiquement, le même aspect que celles qui sont en rapport avec la syphilide pigmentaire.

L'examen histologique seul ne permet pas, dans chaque cas, d'établir d'une manière positive l'origine de la leucodermie.

L'état et la répartition du pigment dans ces anomalies pigmentaires indiquent l'origine hématogène du pigment et sa naissance dans le derme.

A. Doyon.

Syphilis du système nerveux.

Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale, par Brissaud. *Progrès médical*, 17 juillet et 18 décembre 1897, p. 33 et 615.

La paraplégie de la méningo-myélite syphilitique est assez souvent uni-

latérale et s'accompagne de troubles sensitifs, soit associés sur le même membre aux troubles moteurs, soit occupant le côté opposé et réalisant le syndrome de Brown-Séquard (hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée), mais ce syndrome n'est pas parfait et l'hémianesthésie croisée a souvent les attributs de la dissociation dite « syringomyélique ».

Les symptômes de la paraplégie peuvent présenter les caractères suivants : ou bien il y a paraplégie sensitivo-motrice bilatérale, causée par une lésion bilatérale, les troubles de la motilité et de la sensibilité relevant pour chaque membre de la lésion spinale du même côté ; ou bien la paraplégie ou l'anesthésie n'intéressent qu'un seul membre, du même côté de la lésion ; ou bien il y a anesthésie croisée, relevant d'une lésion unilatérale équivalant à une hémisection ; ou bien il y a une double hémiparaplégie spinale avec double hémianesthésie croisée ; dans ce dernier cas, les symptômes sont analogues à ceux du premier, mais on reconnaît presque toujours son existence à ce que les troubles moteurs sont plus prononcés dans un membre et les troubles sensitifs dans l'autre.

L'hémianesthésie croisée peut être le résultat de lésions spinales très superficielles, de méningo-myélites, de pachyméningites, de tumeurs très légèrement compressives. G. T.

Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale, par Teissier et J. Roux. *Archives de Neurologie*, janvier et février 1898, p. 1 et 97.

S'appuyant sur trois observations personnelles, les auteurs essaient d'établir qu'à l'encontre de l'idée généralement admise il est possible de distinguer cliniquement les différentes variétés de syphilis cérébrale qui correspondent aux trois principales variétés anatomiques, artérite, méningite gommeuse, gomme intra-cérébrale.

L'artérite, qui supprimera d'une manière soit temporaire, soit définitive, un territoire cérébral, se caractérisera par suite, non par des phénomènes d'irritation mais par des phénomènes de déficit cérébral : la paralysie sera flasque d'emblée, l'épilepsie partielle mais généralisée, la céphalée, diffuse, non augmentée par la pression ; on notera l'absence de troubles de sensibilité, de névrite optique, la rareté des paralysies oculaires, l'affaiblissement progressif de toutes les facultés, sans délire actif mais avec torpeur intellectuelle et perte de la mémoire. Dans cette phase des accidents curables, l'artérite évoluant amènera soit une obstruction du vaisseau, c'est alors une artérite oblitérante qui pourra créer trois formes cliniques, la forme paralytique avec flaccidité et abolition des réflexes, la forme aphasique, la forme intellectuelle sans délire, soit une ectasie, c'est alors une artérite ectasiante qui se caractérisera par des phénomènes de compression tels que des paralysies oculaires. A ces accidents curables vont succéder des accidents incurables, les uns avec survie du malade (ramollissement, hémorrhagie), les autres avec mort plus ou moins rapprochée (rupture d'un anévrysme, thrombose).

La syphilis méningée qui irrite l'écorce se caractérisera par la prédominance des phénomènes d'irritation, c'est-à-dire, paralysie avec contracture et exagération des réflexes, épilepsie partielle, céphalée intense soit

diffuse, soit localisée, délire actif violent, hallucinations, douleurs vives dans les membres, neuro-rétinite avec parfois atrophie de la papille. La syphilis méningée a deux allures, l'une aiguë pouvant simuler la méningite tuberculeuse avec vomissements et fièvre (40°), due peut-être à des infections surajoutées, l'autre chronique et présentant un syndrome clinique différent suivant qu'elle atteint la convexité (délire, épilepsie partielle, paralysie) ou la base (paralysies variées des nerfs crâniens).

La gomme d'une part irrite, d'autre part détruit ; sa physionomie clinique sera donc un mélange de phénomènes de déficit et de phénomènes d'irritation, variables d'ailleurs avec le siège de la gomme. Presque toujours, elle créera le tableau d'une tumeur cérébrale avec œdème de la papille et atrophie ; sur un fond permanent de déficit, il pourra exister d'une manière transitoire des phénomènes d'irritation affectant la motilité et l'intelligence, phénomènes que MM. Teissier et Roux rapportent à des intoxications passagères ou même à des auto-intoxications d'origine hépatique ou intestinale. R. Cestan.

Etiologie du diabète insipide (Beitrag zur Aetiologie des Diabetes insipidus), par V. Bandler. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 9.

Il s'agit d'un cocher de 23 ans; ses parents, ses frères et sœurs sont morts il y a longtemps; il ne sait rien de leur santé. A l'âge de cinq ans, à la suite d'une chute sur la glace, plaie de la jambe droite, qui ne s'est cicatrisée que plusieurs années après. A l'âge de 17 ans, ulcérations spontanées dans la région sternale et successivement au thorax, aux cuisses, aux jambes, à la région fessière et plus tard au cuir chevelu.

Quelques mois avant son entrée à la clinique, le malade éprouva une soif très vive et de violentes douleurs de tête. L'examen attentif du malade montra que, dans ce cas, on avait affaire à une syphilis héréditaire, ostéite gommeuse et diabète insipide.

Les premiers temps, la quantité d'urine était de 12 à 13 litres chaque jour, avec poids spécifique de 1003 à 1004. Pas de sucre, même après l'administration de 300 grammes de sucre de raisin; légère proportion d'albumine.

Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique (frictions et iodure de potassium), les accidents spécifiques s'améliorèrent et la quantité d'urine diminua régulièrement ainsi que la soif.

Après une cure de cinq semaines, toutes les lésions gommeuses étaient guéries et cicatrisées ; la quantité d'urine et la soif étaient revenues à l'état normal.

L'auteur se demande ensuite si dans ce cas le diabète insipide a eu pour point de départ la syphilis ou s'il ne faut le regarder que comme une complication accidentelle survenue dans le cours d'une syphilis constitutionnelle.

L'auteur se prononce pour la première hypothèse. Il rattache toute la maladie à une affection syphilitique du cerveau, soit sous forme d'une gomme nettement localisée, soit d'une infiltration gommeuse diffuse des membranes du cerveau. A. Doyon.

Syphilis tertiaire des organes génitaux.

Syphilis tertiaire du vagin, par Ch. Viannay. *Lyon médical*, 15 mai 1898.

V. rapporte six observations inédites de lésions syphilitiques tertiaires du vagin. Il conclut, de ces observations et de celles publiées par divers auteurs, que la syphilis tertiaire du vagin est moins rare qu'on ne le pense généralement. Elle peut intéresser le vagin soit primitivement, soit secondairement à une lésion syphilitique vulvaire ou, d'une façon exceptionnelle, utérine.

Les lésions tertiaires du vagin peuvent se montrer sous forme d'ulcérations plus ou moins profondes, entamant le derme, à bords taillés à pic, chancrelliformes, mais se distinguant du chancre simple par leur indolence absolue et par le résultat négatif de l'inoculation. Cette forme de lésions vaginales tertiaires survient de préférence chez les vieilles prostituées. Elle guérit rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium et n'entraîne ordinairement aucune déformation ni atrésie du vagin.

La syphilose de l'anneau vulvo-vaginal peut entraîner dans certains cas des rétrécissements cicatriciels intéressant cet anneau seulement. G. T.

De la syphilis tertiaire des ovaires; note à propos de deux observations, par OZENNE. *Semaine gynécologique*, juin 1898, nº 25.

I. — Femme de 32 ans, sans antécédents syphilitiques; métrorrhagies presque continues, mais pas très abondantes, douleur dans les fosses iliaques où on trouve une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite, du volume d'une petite mandarine ; ces tumeurs, enlevées par laparotomie, du volume d'un petit œuf, formées aux dépens des ovaires, dures, scléreuses avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques, n'ont pas été examinées histologiquement ; trois ans plus tard une céphalalgie très intense fut guérie rapidement par le traitement spécifique, ce qui fit penser que les lésions scléreuses des ovaires étaient d'origine syphilitique.

II. — Femme de 35 ans, sans antécédents syphilitiques autres qu'une fausse couche de 8 mois, mais dont le mari avait eu la syphilis avant son mariage ; métrorrhagies répétées pendant plusieurs années, que le curettage modéra passagèrement ; au toucher, les ovaires étaient sensibles à la pression et avaient le volume d'un marron; disparition des troubles menstruels à la suite d'un traitement antisyphilitique énergique.

O. pense que la syphilis des ovaires est plus fréquente que ne le laisse supposer le petit nombre de cas connus et que, si on examinait systématiquement les organes génitaux des femmes syphilitiques, on en trouverait un certain nombre de cas; ses symptômes paraissent consister en irrégularités menstruelles, plus souvent les retards et la suppression passagère ou permanente des règles que les métrorrhagies et, dans la forme gommeuse et la sclérose hypertrophique, en augmentation de volume des ovaires devenus perceptibles à l'examen direct. G. T.

Traitement mercuriel.

Modifications du sang des syphilitiques sous l'influence des injections intra-veineuses de mercure, par LINDSTRŒM. *Presse médicale*, 18 mai 1898, p. 267.

L'introduction du mercure dans le sang produit, dès le début, une

influence salutaire, manifeste et rapide sur la composition du sang ; cette amélioration ne persiste pas au fur et à mesure qu'on multiplie les injections.

Des doses très minimes, trop faibles pour avoir un effet thérapeutique sensible, ont pourtant une influence salutaire sur la composition du sang (augmentation parallèle des globules rouges et de l'hémoglobine, diminution du nombre des globules blancs ou ralentissement de leur accroissement) ; cette influence se traduit assez brusquement, même après la première injection, et va en augmentant progressivement.

Des doses très fortes, au delà de 14 à 15 centigrammes de sublimé, provoquent un certain degré d'intoxication, se traduisant par la diminution des globules rouges et de l'oxyhémoglobine et par l'augmentation des globules blancs.

En continuant l'introduction du mercure dans le sang après la disparition des accidents spécifiques, cet effet toxique s'accentue et produit une sorte d'anémie hydrargyrique, qui persiste plus ou moins longtemps après la cessation des injections. Avec le benzoate de mercure, l'intoxication commence avec 77 milligrammes. G. T.

Valeur diagnostique des injections intra-musculaires de calomel (Il valore diagnostico delle iniezioni intra-muscolari di calamelano), par Ang. Scarenzio. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. I, p. 53.

S. résume un certain nombre d'observations personnelles montrant l'efficacité des injections de calomel qu'il a préconisées et l'importance qu'a leur action dans des cas où le diagnostic de lésions syphilitiques restait douteux. Il rapproche de ces faits les cas d'amélioration de lésions tuberculeuses signalés dernièrement à la suite d'injections de calomel et conclut que le diagnostic thérapeutique de la syphilis peut être clairement établi en huit jours par les injections de calomel, comme l'a fait voir Jullien, et qu'elles ont aussi une certaine valeur thérapeutique et diagnostique, dans les cas où la scrofule peut être suspectée, quoique dans cette dernière affection leur rapidité d'action soit moindre que dans la syphilis. G. T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Chancre simple.

Chancre simple chez les animaux (L'ulcera molle negli animali), par Sapuppo. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. 1, p. 43.

S. a entrepris, à l'instigation de Tommasoli, de nouveaux essais d'inoculation de chancre simple aux animaux ; ses essais ont porté sur le cobaye, le lapin et le pigeon et ont consisté en inoculations du pus de chancres simples par scarifications, par incision et par piqûre profonde sur la peau et sur la conjonctive et en greffes sous-cutanées de fragments de chancres. Toutes ces expériences ont échoué complètement et ont donné des lésions dont l'évolution différait de celle du chancre simple. Les greffes de fragments de chancres ont provoqué des phénomènes inflam-

matoires et des suppurations aboutissant à l'ulcération, mais dus aux microbes pyogènes inoculés en même temps que le microbe spécifique du chancre et, au point d'inoculation, ce dernier disparaissait complètement tandis que les pyogènes vulgaires persistaient seuls; la réinoculation à l'homme des produits de sécrétion de ces ulcérations est restée absolument négative. G. T.

Abrasion du chancre mou (Die flache Abtragung des weichen Geschwüres als Behandlungsmethode), par P. G. UNNA. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 295.

Depuis deux ans, l'auteur emploie à sa policlinique cette méthode de traitement. Voici quelle en est la technique : après avoir savonné ou bien lavé avec une solution de sublimé l'ulcère et les parties avoisinantes, on congèle la plaie avec du chlorure d'éthyle, et puis avec un rasoir appliqué à plat on excise le disque congelé sur une épaisseur de 2 et demi à 3 millimètres, ce qui est plus que suffisant. On passe ensuite sur la surface de section le crayon de nitrate d'argent pour arrêter l'hémorrhagie, puis on saupoudre la plaie avec l'iodoforme et on la recouvre avec une bandelette d'emplâtre à l'oxyde de zinc qui fait plusieurs fois le tour de la verge. Après 24 ou 48 heures, on enlève le pansement et on applique de nouveau de l'iodoforme et une bandelette d'emplâtre à l'oxyde de zinc; parfois on trouve l'ulcération guérie, dans les cas où il s'agissait d'un très petit chancre. Pour les ulcères de plus grandes dimensions, deux à quatre pansements sont nécessaires.

La multiplicité des chancres n'est pas une contre-indication ; on pratique la congélation et l'abrasion des ulcères l'un après l'autre et toutes les plaies sont enveloppées par une seule et longue bandelette d'emplâtre.

Dans sa pratique privée, Unna emploie la même méthode de traitement; toutefois il a un peu modifié le pansement pour éviter l'odeur de l'iodoforme. Il se sert d'un emplâtre à l'iodoforme perforé, et, après l'avoir fixé avec l'emplâtre d'oxyde de zinc, il recouvre toute la verge d'une couche d'ouate parfumée assez épaisse.

S'il s'agit de chancres mous négligés, méconnus ou mal traités dans lesquels le fond de l'ulcère présente des fissures irrégulières, entre les granulations des sillons profonds pénètrent dans le fond de l'ulcère, partout revêtus d'une couche de tissu nécrosé dans lequel on trouve de longues chaînettes de bacilles courant parallèlement aux sillons, ou bien de chancres serpigineux, à bords décollés, on a encore recours à l'abrasion en ayant soin toutefois d'enlever une couche plus épaisse ; 3 à 4 millimètres suffisent en général; les surfaces de section doivent être nettes et sans îlots de tissu nécrosé.

La seule contre-indication de cette méthode de traitement réside dans le siège du chancre qui la rend impossible, par exemple lorsqu'il est placé au niveau du méat ou sur le frein ; il en est de même s'il s'agit d'un chancre occupant une grande partie du sillon balano-préputial.

Les principaux avantages de cette méthode seraient, d'après Unna, les suivants : la rapidité de la guérison ; la suppression complète de l'agent contagieux; la propreté et la simplicité du traitement consécutif; la gué-

rison sans cicatrice. Un dernier avantage sur lequel Unna insiste beaucoup, c'est d'avoir ainsi à sa disposition des matériaux avec lesquels on peut trancher non seulement toutes les questions scientifiques telles que celles relatives au passage du chancre mou en une sclérose initiale, à la constance du streptobacille, à la possibilité de le cultiver, à l'histogenèse du chancre mou, mais encore une question pratique très importante, celle de savoir si dans un cas donné un ulcère douteux serait un ulcère à streptobacille. A. Doyon.

Inconvénients de l'airol (Unangenehme Nebenwirkungen des Airols), par M. Goldfarb-Jodz. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1897, t. XXV, p. 228.

L'auteur s'élève contre l'absence complète d'irritation qu'on attribue à l'airol. Ainsi, dans le traitement des chancres mous, il a vu survenir des phénomènes d'irritation; dans deux cas qu'il a traités récemment, il se produisit même des bulles remplies d'un liquide séreux, analogues à celles qu'on observe dans les brûlures du deuxième degré. Dans les deux cas, il avait employé l'airol sous forme de poudre, avec ouate par-dessus; le tout recouvert par le prépuce. L'airol avait déterminé de vives douleurs et de l'insomnie pendant toute une nuit. A. Doyon.

Polynévrite blennorrhagique.

Un cas de polynévrite consécutive à la blennorrhagie, par F. Allard et H. Meige. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1898, p. 211.

Homme de 20 ans, issu d'une famille neuro-arthritique, névropathe lui-même, rhumatisant, non alcoolique, exerçant la profession de garçon de café, qui exige une station debout prolongée. Quinze jours après le début d'une blennorrhagie non soignée, faiblesse dans les membres inférieurs; quelques jours après, arthrite tibio-tarsienne; dès le début, atrophie des muscles des membres inférieurs avec contractions fibrillaires, notamment aux cuisses; les pieds sont pendants et déformés (pieds creux); le malade steppe en marchant, force musculaire diminuée aux membres supérieurs qui présentent une atrophie légère, plus notable aux mains. Réactions électriques à peu près normales aux membres inférieurs, sauf une légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. Aux membres inférieurs, le territoire du poplité externe est très fortement atteint, principalement à gauche où l'excitabilité aux deux courants, galvanique et faradique, est abolie. Pas de réaction électrique de dégénérescence. Diminution de la sensibilité à peu près parallèle à celle de la motilité; à plusieurs reprises, vives douleurs dans les membres inférieurs suivant le trajet du sciatique et du crural qui sont également douloureux à la pression; parfois crampes intenses dans les jambes à l'occasion des mouvements.

Réflexes rotuliens abolis. Troubles vaso-moteurs très accusés sous la forme d'urticaire provoquée. Chute de plusieurs dents. Aucun trouble des organes des sens. Rien d'anormal du côté des sphincters.

A. et M. attribuent ces troubles à une polynévrite dont ils ne peuvent trouver l'origine que dans la blennorrhagie, affection dans laquelle on a déjà rencontré un certain nombre de cas de polynévrites. G. T.

Toxines gonococciques.

Des toxines gonococciques. (Beitrag zur Frage der gonokokkentoxine), par Schæffer. *Fortschritte der Medicin*, novembre 1897, p. 813.

Les intéressantes recherches de l'auteur ont porté sur trois malades atteints d'uréthrite chronique. Un examen microscopique continué pendant quinze jours permit de constater qu'il ne s'agissait plus d'un processus spécifique et que pendant toute la durée de l'observation il n'y avait jamais eu qu'une légère sécrétion épithéliale avec de très rares leucocytes. L'auteur fit alors des injections dans l'urèthre avec une culture pure de gonocoques de 4 à 5 jours filtrée.

On fit ces injections avec 6 centimètres cubes de ce liquide, qu'on laissait cinq minutes dans l'urèthre. Sous l'influence de ces injections, il survint le lendemain chez un des malades une sécrétion purulente évidente ; chez les deux autres, dès l'après-midi du même jour, une suppuration abondante qui augmenta encore le lendemain ; pas de malaises subjectifs. Chez ces trois malades, la sécrétion diminua sans traitement, et deux jours après on ne constatait plus qu'un écoulement muco-épithélial insignifiant. Dans toutes les préparations de pus, il y avait un très grand nombre de leucocytes polynucléaires, du mucus en quantité, mais pas de micro-organismes.

Il s'agit donc dans ces trois cas d'un catarrhe uréthral purulent, survenu rapidement mais de courte durée, provoqué par l'injection de cultures filtrées de gonocoques. Des expériences de contrôle avec des injections de milieu nutritif stérile seul ne déterminèrent pas de suppuration.

Il résulte des recherches de l'auteur que des injections de ces toxines peuvent amener chez l'homme une uréthrite aiguë, à marche non progressive. Peut-être, dit Schaeffer, serait-il possible d'utiliser ces injections dans un but thérapeutique, pour amener une irritation provocatrice; elles seraient préférables aux solutions faibles de sublimé, de nitrate d'argent, d'argentamine. A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie.

Pouvoir antiseptique vis-à-vis du gonocoque de la largine (albuminate d'argent) (Ueber die desinficirende Kraft des Largins [einer neuere Silbereiweissverbindung] gegenüber dem Gonococcus), par Pezzoli. *Wien. klin. Wochensch.*, 1898, p. 260 et 286.

La largine est un albuminate d'argent dont le facteur albuminique dérive par dédoublement de la paranucléoprotéide. Elle est préparée de telle façon que ce produit desséché à l'air est traité en solution alcoolique avec une solution ammoniacale d'oxyde d'argent nitraté.

La largine est une poudre gris blanc d'un poids spécifique faible ; desséchée à l'air elle contient en moyenne 11,1 p. 100 d'argent ; elle se dissout très facilement dans l'eau à la température de la chambre jusqu'à 10,5 p. 100, et sa solution est jaune clair. Elle se dissout encore très facilement dans la glycérine, le sérum du sang, l'albumine pure, les solutions de peptone, etc. La largine est insoluble dans l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, le benzol, etc.

La réaction de la solution aqueuse de largine est légèrement alcaline. Conservée dans des flacons teintés, la largine reste indéfiniment sans s'al-

térer. Une propriété importante de la largine est que son contenu en argent ne varie pas, contrairement à ce qui se passe dans les autres albuminates d'argent.

D'après les recherches de l'auteur, la largine est au moins équivalente comme anti-blennorrhagique aux albuminates d'argent déjà connus; en ce qui concerne la propriété de tuer les gonocoques, elle l'emporte sur les autres albuminates d'argent, mais elle a de commun avec eux de n'altérer que faiblement les terrains de culture, et seulement après un laps de temps prolongé.

La largine pénètre dans les substances organiques mortes plus profondément que les autres albuminates d'argent.

L'auteur a employé, sous forme d'injections prolongées, la largine, comme Weisser le protargol, en concentrations de 1/4 à 1/2 p. 100, en élevant lentement la dose, suivant la période de la blennorrhagie. Les injections étaient faites trois fois chaque jour; le matin et à midi on laissait les solutions dans l'urèthre pendant cinq à dix minutes, le soir de quinze à trente minutes.

Pezzoli a traité ainsi 60 malades, dont il faut éliminer 19 pour différentes raisons.

Il reste donc 41 cas que l'auteur répartit en trois groupes. Le 1er comprend 27 cas d'uréthrite antérieure aiguë qui ont été traités dès le début de la maladie, en moyenne 1 à 3 jours après l'apparition de l'uréthrite. Dans tous ces cas, le résultat a été très satisfaisant, l'écoulement diminuait très rapidement, les gonocoques disparaissaient très promptement, d'abord de la sécrétion et ensuite des filaments, en moyenne au bout de dix jours; l'urine devenait claire, le trouble et plus tard les filaments disparaissaient tout à fait. La durée du traitement a été, en moyenne de trente jours, sans que pendant tout le temps on pût constater un signe d'uréthrite postérieure.

Le 2e groupe comprend 8 cas. Il s'agit ici des malades atteints d'uréthrite antérieure aiguë, traités comme ceux du groupe précédent immédiatement ou peu après la première apparition des symptômes morbides.

Bien que les malades aient exactement suivi les prescriptions de l'auteur (il s'agit même de plusieurs médecins) et que pendant tout le temps il n'y eût ni une cause nocive ni une faute commise, on fut obligé de suspendre le traitement larginique, en raison de symptômes d'uréthrite postérieure aiguë.

Le 3e groupe ne comprend que 6 malades atteints d'uréthrite postérieure aiguë et subaiguë qui ne furent soumis au traitement par la largine que longtemps après le début de la maladie. Chez ces malades, les résultats furent loin d'être satisfaisants.

Sur les 41 malades, 35 étaient atteints d'uréthrite antérieure aiguë récente dont 27 guérirent avec la largine, soit environ 77 p. 100. Dans 8 cas, la largine ne donna pas de résultat. La maladie envahit l'urèthre postérieur et après un laps de temps variable il se produisit une uréthrite postérieure aiguë ou subaiguë (23 p. 100).

Si l'on compare les résultats obtenus par Finger avec le protargol, on voit que sur 34 cas d'uréthrite antérieure récente traités avec ce médi-

cament, la maladie resta localisée à la partie antérieure dans 22 cas (64 p. 100); dans 12 cas, elle gagna la portion postérieure malgré le protargol, soit 36 p. 100.

Pas plus que le protargol, la largine n'est un remède abortif du gonocoque dans le sens strict du mot.

En résumé, la largine vient augmenter le nombre, jusqu'à présent encore très restreint, des antiblennhorrhagiques efficaces et non irritants; sous ce double rapport, elle a aumo ins la même valeur que le protargol.

A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie par l'itrol (Contributo alla cura della blennorragia con l'itrolo), par G. Peroni et G. Piccardi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. 1, p. 14.

Les auteurs ont expérimenté l'itrol (citrate d'argent), préconisé par quelques auteurs allemands, dans 65 cas de blennorrhagie aiguë ou chronique, sous la forme d'injections de solutions à des titres variant de 1 p. 1,000 à 1 p. 2,500.

Ils ont constaté que, contrairement à d'autres substances chimiques, l'itrol peut être employé pour le traitement local dès le début de la blennorrhagie, parce qu'il ne provoque aucune réaction des tissus, mais au contraire en général une diminution notable des phénomènes inflammatoires. En raison de son action antigonococcique et de sa puissance de pénétration dans les tissus qu'il doit à ce qu'il n'est pas précipité par l'albumine, il trouve son indication aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques de la blennorrhagie.

Le meilleur mode d'emploi de l'itrol consiste dans les irrigations par la méthode de Majocchi pour l'uréthrite antérieure et par la méthode de Janet-Majocchi pour l'uréthrite postérieure.

G. T.

NOUVELLES

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Prix Zambaco.

Le prix Zambaco sera décerné pour la première fois par la Société française de dermatologie et de syphiligraphie au mois d'avril 1900.

Le sujet du premier concours est : *De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie.*

Les mémoires doivent être adressés, avant le 30 novembre 1899, à M. le Dr Hallopeau, secrétaire général de la Société, 91, boulevard Malesherbes à Paris.

Voir les conditions du concours dans le précédent numéro des *Annales*, p. 585.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



MASSON & Cie, Editeurs.



MASSON & Cie, Editeurs.

Phototypie Berthaud, Paris.



TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLE NOTE
SUR LA DERMATOSE BULLEUSE HÉRÉDITAIRE ET TRAUMATIQUE

Par **H. Hallopeau**.

Cette dermatose peut se présenter à l'observation sous des formes diverses ; l'une d'elles, qui paraît avoir été observée presque exclusivement en Allemagne, a été décrite, d'abord par Goldscheider (1), puis par Valentin (2) et par Joseph (3) sous le nom de *tendance héréditaire à la formation de bulles ;* plus tard, Blumer (4), dans une remarquable étude, y a ajouté la qualification de *traumatique ;* partant d'idées théoriques, Kœbner (5) a dénommé cette forme *épidermolyse bulleuse héréditaire ;* plus récemment Lesser (6), Bonajuti, Wechselmann (7), Hoffmann (8), Elliot (9), et Grünfeld (10) en ont fait connaître de nouveaux cas sous cette même étiquette ; une autre forme a été étudiée par nous-même (11) sous le nom de *dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales ;* on peut en rapprocher le fait de Vidal (12) communiqué en 1889 à la réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis sous le titre de *lésions trophiques d'origine congénitale à marche progressive*, et *l'ichtyose à poussées bulleuses* de Besnier (13) ; ajoutons que Brocq (14) a appliqué le nom de *pemphigus successif à kystes épidermiques* à la même maladie et l'on aura une idée de la confusion que peuvent entraîner des dénominations aussi multipliées et aussi diverses.

(1) Goldscheider. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1882.
(2) Valentin. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1885.
(3) Joseph. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1886.
(4) Blumer. *Archiv für Dermatol. Ergänzungsheft*, 1892.
(5) Kœbner. *Deutsche medic. Wochensch.*, 1886.
(6) Lesser. *Arch. f. Derm., Ergänzungsheft*, 1893.
(7) Wechselmann. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1895.
(8) Hoffmann. *Münch. med. Wochensch.*, 1895.
(9) Elliot. *Americ. Journ. of cut. a. genit. urin. diseases*, 1895.
(10) Grunfeld. *Festchrift v. Pick*, 1898.
(11) H. Hallopeau. *Ann. de Dermat.*, 1890 et 1896.
(12) Vidal. Réunion des médecins de Saint-Louis, 1889.
(13) Besnier. *Ibid.*
(14) Brocq. *Traitement des mal. de la peau*, 1890.

Il semble, au premier abord, qu'elles doivent impliquer l'existence d'affections de nature différente et, en effet, plusieurs des travaux que nous venons d'énumérer ont été publiés indépendamment les uns des autres et sans que leur corrélation ait été primitivement reconnue ; c'est dans ces derniers temps seulement qu'en comparant, dans leurs caractères communs, les diverses observations publiées sous ces titres, nous nous sommes convaincu que, conformément aux vues de M. Augagneur (1), il s'agit là de formes différentes d'une seule et même maladie.

Symptomes. — Nous distinguerons *une forme bulleuse simple, une forme bulleuse dystrophique* et *une forme fruste* de cette dermatose.

A. La *forme bulleuse simple* a été jusqu'ici pour ainsi dire seule décrite en Allemagne ; on n'y trouve en effet qu'une seule observation, celle de Hertzfeld (2), dans laquelle ait été signalé un trouble trophique ; il consistait exclusivement dans une altération des ongles.

Sous l'influence d'irritations mécaniques légères, par exemple, de celles que provoquent la marche, l'action de tricoter, de manier un instrument quelconque, le contact d'un corset ou d'un faux-col, il se forme des bulles ; on peut les provoquer artificiellement par des frictions douces ou de simples pichenettes.

Blumer a étudié avec soin leur mode de développement ; si l'on frotte doucement, sans pression, le dos du pied d'un sujet atteint de cette dermatose, on perçoit au bout d'environ trois minutes, ou même plus rapidement, une sensation de légère humidité visqueuse ; la surface frottée a pâli, elle s'est plissée, il s'est fait dès lors un léger soulèvement de la couche superficielle de l'épiderme ; après une heure, ou plus tôt (chez un de nos malades au bout d'un quart d'heure) une bulle se développe ; son apparition est beaucoup plus rapide si la friction a été continuée ; l'étendue et la forme du soulèvement correspondent à celles de la friction ; pourtant le centre de la bulle peut être déplacé si un plan résistant, tel qu'un os, est sous-jacent à une partie de la surface frottée ; il se produit aussi une hyperhémie de la partie frictionnée ; d'après Blumer, on ne l'observe que quelques instants après l'apparition de la bulle ; nous l'avons vue au contraire la précéder ; il en a été de même d'Augagneur qui a observé successivement, après excitation avec la pointe d'un stylet, un prurit intense, une traînée hyperhémique et enfin une bulle (le soulèvement se produit plus vite au niveau de la muqueuse buccale que sur la peau).

Si l'on a préalablement anémié le membre par une compression avec la bande d'Esmarch, le détachement épidermique a lieu, mais il

(1) Augagneur. *Ann. de dermatol.*, 1896.
(2) Hertzfeld. *Berl. med. Wochens.*, 1892.

ne se forme pas de bulle aussi longtemps que l'on prolonge l'ischémie ; suivant Blumer, les excitations autres que les frictions, par exemple, les applications de substances irritantes telles que la teinture d'iode, les emplâtres ne donnent pas lieu à l'éruption bulleuse ; sous un jet d'éther, la production de la bulle par frictions fait défaut, mais elle a lieu ultérieurement.

Un bain chaud favorise l'éruption ; ce fait est d'accord avec cette observation clinique que les bulles se produisent plus facilement et plus fréquemment pendant la saison chaude qu'en hiver.

C'est constamment sous l'influence d'excitations extérieures que se développent les bulles, du moins dans cette forme.

Leurs sièges d'élection sont les extrémités des doigts et des orteils, les plantes des pieds et les paumes des mains, les parties antérieures des genoux et des coudes ; le pourtour du cou et les différentes parties de la muqueuse buccale ont été également intéressés ; aucune partie de la surface tégumentaire n'est d'ailleurs indemne.

Le contenu des bulles est d'abord clair et séreux, mais souvent il devient hémorrhagique, surtout chez les hommes, plus exposés que les femmes à des violences professionnelles.

Si la bulle se déchire, il peut survenir secondairement une suppuration de son contenu.

Généralement, les bulles se dessèchent, s'affaissent et disparaissent au bout de six à sept jours.

Les poussées se renouvellent ainsi indéfiniment pendant toute la vie du malade ; elles peuvent cependant devenir plus rares dans la vieillesse.

Les sensations qui les accompagnent sont très variables ; assez souvent, le prurit est nul ; d'autres fois, au contraire, il est intense et constitue alors un symptôme des plus pénibles ; M. Augagneur l'a vu précéder l'apparition des autres phénomènes.

Grünfeld a signalé la coïncidence de ces éruptions avec de l'hyperhidrose et il tend à admettre une relation entre les deux ordres de troubles morbides.

B. Forme bulleuse et dystrophique. — Dans les deux cas que nous avons publiés, ainsi que dans ceux de Vidal et d'Augagneur, des troubles trophiques de nature variée et complexe ont fait suite aux éruptions bulleuses ; ils ont consisté en des dystrophies unguéales, des atrophies cicatricielles du tégument et des kystes épidermiques miliaires ; les dystrophies des ongles sont consécutives à la formation de bulles sur le lit ou dans la matrice de ces organes ; on les trouve doublés de masses incomplètement kératinisées ; leur surface est rugueuse, creusée de stries longitudinales et transversales ; très épaissis, ils sont rétrécis transversalement, et recourbés à leurs extrémités (Vidal) ; on les a comparés à des griffes ou à des becs de perroquet ;

leur altération mérite alors le nom d'*onycho-gryphose* ; d'autres fois, ils tombent en laissant leur lit à nu ; ils peuvent aussi persister partiellement : nous avons vu leur lit se continuer directement avec la phalangette ; il n'existait plus, en ce point, de tissu unguéal ; les ongles des orteils sont encore plus intéressés que ceux des doigts : chez l'un de nos malades, quatre d'entre eux avaient complètement disparu et les autres étaient profondément altérés.

Les lésions qui se produisent consécutivement aux éruptions bulleuses consistent surtout en une atrophie du tégument ; elle est particulièrement appréciable au-devant des genoux et aux coudes, et aussi, comme l'a observé Grünfeld, à la plante des pieds dont la peau est amincie, atrophiée et tendue : l'amincissement du derme peut coïncider avec une coloration d'un rouge sombre ou une décoloration survenue ultérieurement et semblable à celle d'une cicatrice ; l'épiderme est en pareil cas plissé et comme froissé ; chez l'un de nos malades, des cicatrices saillantes s'étaient développées en grand nombre sur la surface du corps, pendant la première enfance ; on en voyait surtout au front, sur la limite du cuir chevelu, au cou et sur le tronc, elles étaient ovalaires et mesuraient de un à trois centimètres dans leur grand axe sur un ou deux transversalement ; elles avaient un aspect gaufré ; leurs bords étaient décolorés ; leur aspect rappelait celui de plaques d'urticaire ; mais elles étaient indélébiles ; certaines d'entre elles formaient de légères saillies ; elles étaient très abondantes au niveau du cou et de la partie supérieure du tronc.

On peut voir également sur la partie postérieure du pharynx des dépressions cicatricielles.

Les *kystes miliaires* se développent dans les parties qui ont été le siège des éruptions bulleuses, consécutivement à leur dessiccation ; ils se présentent sous la forme de points blancs ou jaunâtres ; leur volume varie entre celui d'une tête d'aiguille et celui d'une tête d'épingle ; ils ressemblent à de petites vésicules, mais il n'en sort pas de liquide ; on peut en énucléer le contenu : il est formé par un magma de cellules cornées ; nous verrons bientôt que, d'après les recherches de Darier, il s'agit là de glandes sudoripares dont l'orifice a été obturé par la régénération de l'épiderme pendant la période de réparation des lésions bulleuses.

Ces nodules miliaires ont été notés aux mains, aux pieds, aux coudes et sur les pavillons des oreilles.

Ils n'ont qu'une durée passagère : prenant naissance au moment où l'épiderme se régénère, après dessiccation de la bulle, ils disparaissent spontanément au bout de quelques semaines.

Vidal a noté une atrophie de la phalangette.

C. Forme fruste. — Le plus habituellement, les poussées bulleuses se renouvellent à intervalles plus ou moins fréquents pendant de lon-

gues années, si ce n'est durant toute l'existence de l'individu, mais il n'en est pas toujours ainsi; la malade de Vidal n'avait eu de bulles que passagèrement, dans son enfance, et cependant les dystrophies unguéales, les macules au niveau des coudes, et les nodules miliaires constituaient un ensemble de signes qui ont conduit à admettre qu'il s'agissait de la même dermatose.

D'autre part, le second malade dont nous avons publié l'histoire, après avoir présenté, pendant toute sa vie, des éruptions bulleuses, en est actuellement exempt, et cependant les téguments de ses coudes restent hyperhémiés et squameux; il semble que, chez lui, le processus, diminué dans son activité et n'arrivant plus à la production d'exsudat, se traduise seulement par des troubles dans la nutrition du derme et de l'épiderme.

La nature tropho-névrotique des accidents s'est manifestée chez ce même malade par la localisation des poussées éruptives suivant des trajets nerveux; leur distribution était comparable à celle du zona.

Marche. — Les localisations des éruptions se font de préférence aux mains et aux pieds; le devant des genoux, les sommets des coudes sont encore des lieux d'élection; il en est de même des plantes des pieds, mais non constamment, contrairement à ce que l'on pourrait présumer à priori : il est possible que l'épaisseur plus grande de l'épiderme dans cette région atténue l'action des irritations incessamment renouvelées qui résultent de la marche; toutes les parties du corps peuvent être envahies; c'est ainsi que, chez le malade d'Augagneur, il n'y avait pas de région indemne : dans la bouche, la paroi interne des joues et la langue sont le plus souvent intéressées, mais on peut voir également des bulles se développer sur la paroi postérieure du pharynx; les éruptions sont plus fréquentes pendant la saison chaude; elles peuvent faire complètement défaut pendant l'hiver.

Chez un de nos malades, un trouble grave dans la nutrition générale a coïncidé avec la cessation des éruptions bulleuses.

Le pronostic de cette affection est bénin; la santé générale des malades atteints de cette dermatose n'est pas très habituellement altérée; ils ont cependant une tendance marquée aux hémorrhagies : nous en avons pour témoignage les extravasations sanguines qui viennent souvent, presque constamment même, chez certains sujets, colorer le liquide des bulles, ainsi que la fréquence des épistaxis et même, mais beaucoup plus rarement, la persistance des hémorrhagies accidentelles (Blumer). La coïncidence avec l'ichtyose sur laquelle a insisté Besnier a-t-elle été fortuite? elle est loin d'être constante, mais cependant Lassar l'a également signalée.

Cette dermatose constitue néanmoins une infirmité pénible par sa

persistance, par la gêne qu'elle apporte au travail, par les altérations pénibles qui en sont l'expression ; exceptionnellement les poussées mal soignées peuvent devenir le point de départ d'altérations secondaires : c'est ainsi que Blumer a observé un phlegmon diffus chez une de ses malades.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions bulleuses ont été surtout bien étudiées par Blumer ; leur liquide renferme des débris de cellules épidermiques et des grumeaux fibrineux ; on n'y voit pas, au début, de globules blancs ; ceux-ci, ainsi que les globules rouges, n'y apparaissent que secondairement.

Le stratum germinatif de l'épiderme se trouve divisé par l'exsudat : la séparation se fait d'ordinaire dans la couche supérieure du corps muqueux ; les noyaux y sont horizontaux ; plus rarement, les prolongements interpapillaires sont lésés : on trouve, à la base de la bulle, la couche profonde du corps muqueux recouvrant les papilles ; le couvercle est formé de la couche cornée, du stratum granulosum et d'un nombre variable de couches cellulaires du corps muqueux ; de sa face profonde se détachent des franges épidermiques ou des conduits sudoripares.

Habituellement, un espace clair sépare le détritus bulleux des cellules de la base ; il s'est fait un exsudat actif entre les cellules du corps muqueux.

Plus tard, le retour à l'état normal se fait peu à peu par régénération de la couche cornée.

Dans la forme dystrophique, le processus est plus complexe ; d'après l'étude qu'a faite Darier du premier fait que nous avons publié en 1890, le corps papillaire disparaît, un tissu de cicatrice se développe dans le derme ; de petits amas de cellules lymphoïdes s'infiltrent dans ses mailles ; les capillaires sont abondants.

Les kystes miliaires sont limités par la couche malpighienne à laquelle succèdent, comme dans l'épiderme normal, une couche granuleuse peu riche en éléidine, une couche lucide et une couche cornée ; la cavité du kyste est exclusivement remplie de couches concentriques de cellules cornées ; des coupes transversales montrent que ces kystes présentent, dans leur partie profonde, un prolongement épidermique, comme une queue, dans lequel il est facile de reconnaître le conduit excréteur d'une glande sudoripare.

Il résulte de ces faits qu'il s'est développé secondairement, en pareil cas, un processus phlegmasique et que les nodules miliaires sont constitués par des conduits sudoripares momentanément oblitérés.

CAUSES ET PATHOGÉNIE. — Cette dermatose est éminemment héréditaire ; dans presque tous les cas, on a pu constater son existence chez plusieurs générations d'une même famille ; le fait récent de Grünfeld est le seul dans lequel cette influence héréditaire ait fait défaut ; dans

les faits de Bonajuti (1), le nombre de parents ainsi affectés s'est élevé à 31 ; les deux sexes sont atteints, mais il y a une prédominance marquée pour le sexe masculin ; c'est cependant d'habitude une femme qui est atteinte la première dans une famille.

Les bulles se produisent le plus souvent sous l'influence d'une irritation cutanée, parfois très légère, telle qu'une simple pichenette ; la distribution, chez l'un de nos malades, de l'éruption suivant des sphères de distribution nerveuse semble bien indiquer que cette influence des traumatismes n'est pas une condition *sine quâ non*.

Comment peut-on comprendre la genèse de ces éruptions ? Des théories multiples ont été proposées : suivant les auteurs allemands qui en ont publié les premiers cas, le fait essentiel est une *diminution de la résistance de la couche épineuse* (akantholysis d'Auspitz), d'où le nom d'*épidermolyse* proposé par Kœbner ; d'autre part, Blumer, d'accord avec Klebs, admet qu'il s'agit d'une *angiopathie* ; dans cette maladie, comme dans l'hémophilie, on trouverait le derme irrigué par de nombreux vaisseaux à parois encore embryonnaires ; il y aurait *dysplasia vasorum* ; sous l'influence de traumatismes, il se produirait un exsudat qui s'accumulerait par effraction dans l'épaisseur du corps muqueux ; ce serait *une forme rudimentaire d'hémophilie* ; Blumer invoque à l'appui de cette thèse les caractères communs d'hérédité et la tendance aux hémorrhagies chez les malades atteints de cette dermatose bulleuse ; nous noterons cependant des différences entre les deux maladies, en particulier, la possibilité, pour la dermatose bulleuse, d'être transmise par le père et la rareté des hémorrhagies traumatiques chez les sujets qui en sont atteints ; d'autre part, cet état embryonnaire des parois vasculaires du derme n'a pas été signalé par d'autres auteurs. Suivant Kaposi, il s'agirait, non d'une maladie spéciale, mais d'une urticaire bulleuse : l'absence d'éléments ortiés a été constatée par Grünfeld et par nous-même ; d'autre part, on ne s'expliquerait pas, s'il en était ainsi, les troubles si remarquables de la nutrition, sur lesquels nous avons insisté. Pour nous, ayant, d'accord avec Augagneur, observé comme phénomène initial, après l'irritation provocatrice, l'apparition d'une rougeur hyperhémique, nous pensons plutôt à une *angio-névrose* : la symétrie que présentent généralement ces éruptions bulleuses ainsi que leur distribution suivant des territoires nerveux nous paraissent démonstratives en faveur de cette interprétation. L'existence de notre forme dystrophique montre *qu'il peut se développer dans cette dermatose des lésions inflammatoires* : les cicatrices multiples et indélébiles de notre premier malade, ainsi que l'altération histologique observée par Darier, ne peuvent laisser de doute à cet égard ; seulement, la

Partie très critiquée par Elliot (95 N.Y. Med. J. 1900)

(1) Cité par Wechselmann.

marche des accidents montre qu'il s'agit de phlegmasies secondaires.

DIAGNOSTIC. — La production de bulles sous l'influence de traumatismes très légers suffit à caractériser cette dermatose ; il faut y ajouter l'hérédité, la disposition symétrique, le siège aux extrémités, ainsi qu'aux genoux et aux coudes, le caractère souvent hémorrhagique de l'exsudat, les nodules miliaires consécutifs, et enfin l'aspect atrophique, gaufré et parfois cicatriciel que prennent ultérieurement les parties intéressées du tégument ; il y a là un ensemble de signes qui ne peuvent laisser de place à l'erreur ; seule, la forme fruste peut être méconnue ; chez les malades présentant des dystrophies unguéales ainsi que des altérations érythémateuses, squameuses et atrophiques du côté des extrémités et au niveau des grandes articulations, l'étude des commémoratifs permet de reconnaître qu'il s'est produit antérieurement des éruptions bulleuses ; il y aura lieu de rechercher si celles-ci ne peuvent pas avoir toujours fait défaut et s'il n'y a pas des faits qui ont été frustes d'emblée au lieu de le devenir secondairement comme celui de Vidal et l'un des nôtres ; il faudra étudier, à ce même point de vue, les observations d'*onycho-gryphose*.

TRAITEMENT. — On est sans action sur la cause prochaine de cette maladie : on ne peut que conseiller aux malades d'éviter les traumatismes provocateurs des éruptions. Lorsque celles-ci se sont produites, des pansements antiseptiques doivent être appliqués pour éviter les infections secondaires. Grünfeld assure que le tannoforme qu'il a expérimenté en raison de son action sur l'hyperhidrose qu'il a trouvée associée à cette affection, diminue le nombre et l'intensité des poussées.

LES TUBERCULOSES DE LA PEAU

CONSÉCUTIVES A LA ROUGEOLE

Par **M. Du Castel**,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il y a quelques années, le nommé Henri M..., âgé de 5 ans, se présentait à ma consultation externe. Les parents étaient d'une bonne santé. L'enfant était, depuis sa première enfance, atteint d'un prurigo diathésique à exacerbations estivales; deux ans auparavant il avait eu la rougeole: au moment où l'éruption rubéolique s'était effacée, l'éruption, pour laquelle Henri M... venait réclamer mes soins, s'était montrée. Depuis lors elle n'avait pas subi de modifications importantes.

Actuellement la santé générale de l'enfant est excellente. Sur la joue gauche, on remarque trois saillies du volume d'un gros grain de chènevis, dont l'aspect est celui de taches de lupus plan; leur centre présente une petite dépression cicatricielle. On ne distingue pas au niveau des points malades de grains tuberculeux bien nets. Sur la joue droite, il existe deux nodules éruptifs analogues à ceux de la joue gauche. La mère déclare qu'au début de l'affection les points malades étaient plus nombreux, mais quelques-uns ont guéri spontanément sans laisser de cicatrice.

Au poignet et sur le pouce droit, on observe six noyaux analogues avec croûtelles épaisses ou squames psoriasiformes.

Les parties internes des fesses présentent des lésions plus développées. A gauche, ce sont quatre placards formés par l'agglomération de nodules analogues à ceux de la face et de la main droite; à droite, il existe un placard circiné, surélevé avec croûtes psoriasiformes. Sur le corps, on ne constate que des lésions de prurigo. Je porte le diagnostic de lupus plan post-rubéolique. Les points malades sont traités par le raclage. Je n'ai pas revu le malade.

Cette observation était restée dans mon esprit et j'attendais un nouveau fait pouvant me confirmer la corrélation de pareilles tuberculoses avec la rougeole, quand au mois de mars dernier une fillette d'une dizaine d'années, bien constituée, bien portante, se présentait à ma consultation externe d'hôpital pour être traitée d'une éruption qui remontait à plusieurs années. Sur la surface du corps sont disséminés des groupes de tubercules. Chaque groupe est composé de deux à six tubercules volumineux, couleur sucre d'orge, ou rouge foncé, insérés dans la profondeur du derme, formant des placards légèrement saillants. Ces groupes sont disséminés irrégulièrement sur la

face, le tronc, les membres, le dos du pied : on n'en compte pas moins d'une cinquantaine. Chacun de ces placards paraît exister depuis plusieurs années sans tendance à l'aggravation, ni à la résorption ; aucun n'est ulcéré. S'il faut en croire la malade, quelques placards morbides auraient peut-être guéri spontanément.

En voyant cette tuberculose aux foyers si nombreux, disséminés sur toute la surface du corps, immobilisés dans leur développement, je ne pus m'empêcher de faire dans mon esprit un rapprochement entre cette enfant et le petit malade précédent. Je demandai si l'éruption, en présence de laquelle nous nous trouvions, avait été précédée d'une rougeole : ni l'enfant, ni la femme qui l'accompagnait et qui n'était qu'une tante, ne purent me renseigner à cet égard. L'enfant avait été amenée de province à Paris pour consulter et ma question resta sans réponse. Je priai la tante d'écrire aux parents pour avoir le renseignement désiré et huit jours après cette femme revenait me trouver ; les parents avaient répondu que c'était à la suite d'une rougeole que l'éruption actuelle s'était montrée. Mon interne, M. Salmon, pratiqua en deux séances le raclage des points malades et l'enfant repartit immédiatement rejoindre sa famille. L'examen histologique des fragments morbides obtenus par le raclage ne donna aucun résultat net à l'examen histologique, ils étaient trop minces et trop dissociés. Ce fait me confirma dans l'opinion que la rougeole pouvait donner des tuberculoses diffuses et immobiles de la peau.

Voici que plus récemment M. Haushalter publie deux faits qui présentent de grandes analogies avec les miens : ces faits ont été communiqués à la Société française de dermatologie, dans la séance du 12 mai dernier, sous ce titre : *deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant ; nature tuberculeuse de l'affection.*

La *première observation* concerne un garçon de 12 ans qui fut pris de rougeole à l'âge de 11 ans, continua à tousser pendant plusieurs mois à la suite de cette rougeole et fut atteint d'un écoulement de l'oreille gauche. Un mois après la rougeole, une éruption se produisit qui ne s'était guère modifiée quand M. Haushalter vit le malade.

Sur le tronc, existent 50 à 60 éléments papuleux, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, un peu aplatis, rosés, généralement recouverts à leur centre d'une croûtelle cornée ou d'une squame épidermique.

Les mêmes éléments existent sur les membres supérieurs du côté de l'extension, au nombre d'une vingtaine à gauche, d'une dizaine à droite. Au niveau de l'apophyse styloïde du radius gauche, se trouve une papule rose, sèche, cornée, large comme une pièce de vingt centimes : au niveau du coude gauche, une papule de même dimension recouverte d'une carapace épidermique.

A la face, on voit une trentaine environ de papules analogues à celles

du tronc et des membres. On en voit également quelques-unes très discrètes aux membres inférieurs.

L'inoculation du raclage de quelques papules aux cobayes donne des résultats positifs.

La *seconde observation* est relative à une enfant de cinq ans atteinte de rougeole en automne 1895 et vue par M. Haushalter en mars 1897, c'est-à-dire, dix-huit mois environ après le début des accidents. Les ganglions sous-maxillaires sont durs et développés ; il existe deux sortes d'éléments éruptifs, constitués les uns par de *petites papules*, les autres par des *nodosités* et des *tubérosités*. Les *petites papules* ont des dimensions variant de celles d'un grain de chènevis à celles d'un grain de millet ; elles sont roses, assez aplaties, recouvertes à leur centre par une petite croûtelle ou un petit capuchon épidermique ; ces papules existent au nombre d'une trentaine environ à la face, d'une quarantaine sur le tronc, d'une dizaine environ sur chacun des membres inférieurs et supérieurs et sont situées surtout du côté de l'extension. A côté de ces petites papules, on voit de petites cicatrices rosées ou blanches, à peine déprimées, du diamètre d'une grosse tête d'épingle ; ces petites cicatrices sont surtout nombreuses à la face où nous en comptons une dizaine, et sur le tronc où nous en voyons une cinquantaine ; on peut saisir toutes les transitions entre les papules saillantes, les papules affaissées, les cicatrices rosées maculeuses et les petites cicatrices blanches.

En même temps que les petites papules existent des éléments éruptifs plus volumineux, qui sont de deux espèces : 1° des *nodosités* intradermiques et sous-cutanées, variant du volume d'une lentille à celui d'un pois, au niveau desquels la peau est violacée, squameuse ; ces nodosités paraissent être de petites gommes ; on en compte une au bras gauche à sa partie postérieure, deux à l'avant-bras gauche, une autre au bras droit ; 2° de *petites tubérosités* saillantes du volume d'un pois, violacées, recouvertes d'une carapace épidermique d'aspect verruqueux ; on en voit une à la face interne du poignet droit, une autre à la face interne de la deuxième phalange de l'index droit, deux autres sur le genou droit. En même temps que ces nodosités et ces tubérosités, on observe des cicatrices blanches arrondies, grandes comme une pièce de vingt et de cinquante centimes, au genou droit et à la jambe gauche.

Les inoculations du raclage des petites papules et de celui des tubérosités ont donné toutes deux des succès.

Sous l'influence d'un traitement antiscrofuleux, la plupart des éléments se sont affaissés. Quelques-uns se sont ouverts à l'extérieur.

Comme le fait remarquer M. Haushalter, l'éruption existait à la face en même temps que sur le tronc et les membres ; elle se présentait sous l'aspect de petites papules roses recouvertes à leur sommet de croûtelles épidermiques ; jamais on n'observa de suppuration nette des papules.

La plupart des éléments s'effacèrent en laissant de minuscules cicatrices déprimées. Des manifestations nettement tuberculeuses exis-

taient en même temps que l'éruptiou papuleuse, otite, adénites, gommes de la peau. Le tout, comme a bien soin de le faire remarquer M. Haushalter, était survenu à la suite et immédiatement après la rougeole.

Les malades du Dr Haushalter me semblent avoir présenté les mêmes lésions que mes malades et quelque chose en plus. Ces nodules gommeux, ces plaques tuberculeuses, que notre savant collègue signale chez ses malades, me semblent avoir les analogies les plus grandes avec les lésions présentées par mes malades et que je considère comme des plaques de lupus plan tuberculeux. Entre nous, c'est, je crois, pour ces lésions une différence de qualification et rien de plus.

A ces lésions, se sont surajoutées chez les malades de M. Haushalter des papules de lichen scrofulosorum. Mais, chez les malades de notre savant collègue, il existait ce que je n'ai pas constaté chez les miens, des adénopathies tuberculeuses très accusées : j'admettrais volontiers que cette lésion n'est pas étrangère à la production du lichen scrofulosorum dont les clients de M. Haushalter étaient atteints. Chez presque tous les enfants que j'ai vus atteints de lichen scrofulosorum, il existait des adénopathies tuberculeuses très accusées, et chez ceux chez qui il n'était pas possible de constater des adénopathies superficielles, il était tout au moins permis de supposer l'existence d'adénopathies intrathoraciques ou abdominales. Aussi je me sens porté à admettre que la tuberculose du système lymphatique est en relation causale avec la production du lichen scrofulorosum et j'admettrais volontiers que, si les malades de M. Haushalter présentaient du lichen scrofulosorum en plus des lésions que j'ai caractérisées de lupus et que notre collègue de Nancy qualifie de papules géantes, nodules gommeux, petites tubérosités, c'est que chez eux il existait une altération prononcée du système lymphatique que je n'ai pas constatée chez mes malades.

Quoi qu'il en soit, je crois que les faits que je viens de rappeler montrent qu'il n'est pas exceptionnel de voir, à la suite de la rougeole, se développer une tuberculose disséminée de la peau.

Cette tuberculose atteint la face, les membres et surtout les membres supérieurs, et d'une façon moins accentuée le tronc.

Elle se montre sous la forme de nodules disséminés peu volumineux ayant les aspects de nodules de lupus plan. Dans quelques points, on peut observer des placards, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, d'un franc, paraissant formés par la réunion d'un certain nombre de ces nodules.

Ces lésions se montrent très peu de temps après l'éruption rubéolique : elles atteignent presque immédiatement leur maximum de développement. Dès lors elles s'immobilisent pour ainsi dire et ne

présentent aucune tendance marquée vers la guérison ou vers l'aggravation. Quelques nodules peuvent guérir spontanément en laissant ou sans laisser de cicatrice à leur place : la plupart des nodules s'immobilisent et peuvent persister ainsi des années sans aucun changement appréciable.

Dans un certain nombre de cas, cette éruption peut s'accompagner de lichen scrofulosorum : chez les malades cumulant les deux lésions, il existe ordinairement d'autres tuberculoses, ganglionnaires, osseuses, qui ne sont peut-être pas étrangères à la production des lésions lichénoïdes.

Comme je venais d'écrire ces quelques lignes, se présente à ma consultation d'hôpital un garçon de trois ans et demi, assez fortement développé, d'un embonpoint marqué. Il est atteint d'une éruption généralisée occupant la face, les membres, le tronc, les fesses, les doigts des mains et les orteils. Cette éruption est constituée par des groupes de tubercules réunis en petit nombre, deux ou trois généralement situés dans l'épaisseur du derme. Au genou, on remarque un groupe de quatre tubercules décrivant un demi-cercle.

La mère raconte que son fils a été atteint, il y a quatorze mois, de rougeole ; l'éruption actuelle s'est montrée trois semaines environ après le début de la rougeole. Au moment de celle-ci, l'enfant a eu une très forte bronchite et une congestion pulmonaire ; depuis lors il est resté tousseur. La toux est quinteuse, mais non coqueluchoïde. Les signes d'auscultation et de percussion ne montrent pas d'adénopathie trachéo-bronchique manifeste ; mais la région sternale bombée transversalement, un certain degré de submatité au niveau de la poignée du sternum et de la région des grosses bronches en rendent l'existence très probable.

Au coude, on observe une ulcération à bords décollés, laissant suinter une sérosité jaunâtre caractéristique de l'ouverture d'un abcès froid ; au pied gauche, un abcès froid sous-cutané douloureux.

En somme, voici un nouveau malade qui se présente dans des conditions bien analogues à celles des précédents : rougeole suivie d'une éruption de petits groupes tuberculeux, qui restent sans grand changement quatorze mois après leur apparition. Ici, cependant, nous devons relever l'existence presque indiscutable d'une adénopathie trachéo-bronchique : la production, dans ces derniers temps, d'abcès froids qui n'existaient pas chez nos autres malades. C'est quelque chose en plus ; mais l'éruption générale est la même chez ce malade que chez les autres.

SUR UNE SINGULIÈRE DERMATOSE

A LOCALISATIONS CUTANÉES ET MUQUEUSES

L'HYPERKÉRATOSE FIGURÉE CENTRIFUGE ATROPHIANTE

(IMPROPREMENT APPELÉE POROKÉRATOSE)

NOUVELLE ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE (1)

PAR

Le Professeur **Auguste Ducrey**, Directeur

Le Dr **Emile Respighi**, Aide et privat-docent

De l'Institut dermo-syphilopathique de l'Université de Pise.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

a) *Lésions de la peau.*

L'étude histologique des lésions cutanées a été faite sur les taches excisées chez plusieurs de nos malades et que nous avons déjà indiquées à propos de chaque observation. Nous avons en outre soumis à l'examen microscopique quelques lésions appartenant à l'un des malades qui avaient fait le sujet du premier mémoire de l'un de nous.

Pour plus de clarté, nous reproduisons ici la liste des lésions qui ont été l'objet de nos études.

A. — Saillie large de 1 millimètre et haute de 4 millimètres, cylindro-conique, incurvée comme un ongle d'oiseau, d'un blanc sale, d'aspect et de consistance cornés, développée sur une portion de peau d'aspect normal (excisée sur le scrotum de Petr...).

B. — Saillie conique en forme de petit aiguillon à peine élevée de 1 millimètre, entourée d'une mince collerette, l'une et l'autre jaunâtres, d'apparence et de consistance cornées (excisée sur le côté externe de l'éminence thénar chez Sim...).

C. — Lésion identique (excisée sur la peau du nez de Torello Bel...).

D. — Sept saillies miliaires de 1 millimètre de haut, aplaties, toutes entourées d'une très mince collerette, qui a à peu près la même hauteur que la saillie qu'elle entoure, la saillie et la collerette étant d'apparence et de consistance cornées (3 de ces éléments ont été excisés sur la peau du scrotum de Pet..., et 4 sur la peau du scrotum de Sim...).

E. — Une petite tache sublenticulaire, constituée comme les précédentes par une saillie centrale, plate, entourée d'un mince sillon superficiel et, en dehors de celui-ci, d'une collerette qui atteint en

(1) Suite et fin. Voir le n° de juillet 1898, p. 609.

hauteur le niveau de la saillie centrale, lésion blanc grisâtre, d'apparence et de consistance cornées (excisée sur le dos de la première phalange du médius gauche chez Faustin Din...).

F. — Tache sublenticulaire et tache lenticulaire annulaires, à très mince ourlet, siégeant sur l'aire atrophique de taches plus grandes. (Une de ces taches provient de la peau de l'avant-bras, l'autre de la peau du scrotum de Joseph Sig..., dont l'observation figure dans la première publication de l'un de nous sur ce sujet.)

G. — Tache lenticulaire atrophique, sans ourlet distinct (excisée sur le cuir chevelu de J.-B. Mar...).

H. — Fragment d'ourlet en forme d'éperon appartenant à une tache large (Joseph Sig...).

A. — En étudiant à un faible grossissement des coupes verticales passant par la partie centrale de la lésion, de façon à couper en son milieu la saillie cornée développée sur la surface cutanée, on remarque d'abord que cette saillie se trouve fixée assez profondément dans le derme ; le derme, recouvert par la couche de Malpighi, la reçoit dans une triple dépression ; la dépression médiane, en forme de doigt de gant, et l'une des latérales en forme d'entonnoir, ont une ouverture un peu plus large et sont bien plus profondes que l'autre qui rappelle plutôt l'aspect d'une conque ; toutes trois sont séparées les unes des autres par deux papilles coniques, qui s'élèvent sur les bords de la dépression centrale.

En suivant les coupes en série, les deux premières dépressions, remplies de cellules cornées compactes, se terminent en bas en cul-de-sac, fermé en dehors par des cellules cylindriques du corps de Malpighi. Il est assez probable que ces deux dépressions représentent des conduits de glandes sudoripares, mais il n'est pas possible d'en avoir la certitude, l'excision, malheureusement trop superficielle, ne permettant pas de voir si dans le tissu conjonctif sous-jacent on trouve à peu de distance des tubes et des glomérules glandulaires.

L'autre dépression, en forme de conque évasée, reste sur toutes les coupes plutôt superficielle ; elle atteint seulement sur quelques points un maximum égal à la moitié de la hauteur de la dépression médiane et présente une couche de Malpighi régulière et continue.

Par l'étude des coupes en série, on remarque aussi que, en allant des coupes médianes à la périphérie, la dépression centrale en doigt de gant disparaît au bout d'un certain nombre de coupes : les deux saillies papillaires placées sur les côtés de cette dépression se rapprochent de plus en plus l'une de l'autre jusqu'à se confondre ensemble, et cette saillie unique disparaît à son tour. La profondeur de la dépression infundibuliforme latérale diminue jusqu'à atteindre le même niveau que la courbure latérale en forme de conque et toutes deux se

confondent en une courbure unique. En d'autres termes, en réunissant en une seule les diverses figures fournies par les coupes successives, on voit une profonde dépression centrale, entourée d'une saillie papillaire en forme d'anneau, et celle-ci, à son tour, entourée d'un canal (1) également annulaire ; ce canal, tout en étant plutôt superficiel sur la plus grande partie de son étendue, est, sur une petite étendue, profond et constitué, comme la dépression centrale, par un infundibulum appartenant très probablement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à une glande sudoripare.

La saillie papillaire en forme d'anneau est assez irrégulière et présente sur quelques coupes des papilles minces qui s'élèvent assez notablement au-dessus du niveau des papilles de la peau avoisinante et pénètrent dans la saillie cornée. Quelques papilles qui entourent le canal annulaire sont même un peu plus développées qu'à l'état normal. Le tissu conjonctif des papilles et, plus encore, le tissu conjonctif sous papillaire, dans toute l'étendue de la lésion et même un peu en dehors d'elle, présente une augmentation considérable du nombre des cellules fixes et un nombre modéré d'éléments parvicellulaires ; ces éléments, particulièrement au niveau du canal annulaire, sont disposés çà et là en amas plus considérables, et, tandis que, dans les parties supérieures, ils arrivent à se confondre avec les cellules du corps muqueux, ils accompagnent en quelques points les vaisseaux à une certaine profondeur dans le derme, tout en restant modérément nombreux, et accompagnent aussi les deux dépressions plus profondes que nous avons signalées dans la lésion.

Les vaisseaux sanguins sont notablement dilatés, particulièrement quelques-uns de ceux qui occupent les papilles et qui arrivent presqu'au niveau du corps muqueux, et cela de préférence dans l'épaisseur de l'anneau papillaire qui entoure l'infundibulum central, et, sur celui-ci, surtout dans les saillies papillaires les plus développées. Quoiqu'ils soient larges et entourés d'un grand nombre de cellules (la plupart fusiformes ou stellaires), les vaisseaux sont presque vides de globules sanguins.

Il n'y a pas de dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Le corps de Malpighi, dans son ensemble, est assez régulier et conserve à peu près la même hauteur que dans les parties voisines non atteintes par l'affection. Les éléments cellulaires qui le constituent sont bien conformés, de dimensions normales, à disposition également nor-

(1) Dans la partie clinique, nous avons appelé *sillon* à la fois la dépression linéaire qui divise longitudinalement en deux le bord du plus grand nombre des taches annulaires de la peau, et celle qui est située entre la collerette et la saillie centrale des taches miliaires de la peau. Dans la partie anatomique, nous emploierons le mot *canal* ou le mot *rigole* pour désigner la large dépression interpapillaire annulaire qui sépare de la tache la production épidermique constituant la bordure.

male, tous bien colorés, avec des espaces interciliaires réguliers. Au contraire, dans les points où les cellules fixes du tissu conjonctif et les éléments lymphoïdes sont nombreux et atteignent pour ainsi dire le corps muqueux en se confondant presque avec les éléments cellulaires de celui-ci, on ne voit pas la série des cellules en palissade, et la disposition des éléments ne reste pas régulière ; on peut trouver quelques cellules d'infiltration à un niveau très élevé. En aucun point, nous n'avons trouvé d'hydropisie interciliaire ou cellulaire, ni de signes de dégénération.

La couche granuleuse, assez réduite de hauteur, devenue discontinue, renferme des cellules à noyau ratatiné, peu ou pas colorable, avec de petites granulations peu nombreuses, périnucléaires et mal colorables. Les noyaux et les granulations ne se colorant quelquefois pas du tout, ces dernières ont l'aspect de corps bruns ou blancs brillant, et paraissent être des corps étrangers à la préparation. Les cellules sus-jacentes, dépourvues de noyaux sur une certaine hauteur, peuvent présenter des granulations analogues, comme si dans les cellules du stratum lucidum persistaient encore les granulations du stratum granulosum.

Dans l'amas corné qui s'enfonce dans le derme et s'élève en haut au-dessus de la surface cutanée à la manière d'un aiguillon, il faut distinguer une portion centrale, la plus considérable, qui pénètre dans l'infundibulum médian et occupe environ les deux tiers internes du canal annulaire et une portion corticale, mince, qui, du fond du canal annulaire, s'élève jusqu'au sommet de l'aiguillon lui-même.

La première est constituée par des cellules plates, sans noyaux ni fragments de noyaux colorés, qui sont verticalement disposées et agglomérées sur la paroi interne du canal et périphérique de l'infundibulum central, cellules courbées à concavité supérieure sur la ligne médiane de l'infundibulum même, ondulées et horizontales sur le reste de la hauteur de la saillie cornée. La deuxième est constituée au contraire par des cellules arrondies, cornées, qui renferment des noyaux plus ou moins volumineux se colorant très bien, et qui reposent sur un corps de Malpighi altéré et au niveau desquelles la couche basale de ce corps se confond avec l'infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif du voisinage.

Le reste de l'amas corné qui occupe la partie la plus externe du canal annulaire est constitué par des cellules plates, sans noyaux ni fragments de noyaux colorés, disposées verticalement, c'est-à-dire dans la direction de la paroi externe du canal lui-même ; ces cellules forment une couche assez compacte qui se continue en haut avec la couche cornée superficielle de la peau qui entoure la lésion et s'amincit à sa partie inférieure pour se perdre dans les cellules cornées nucléées du fond du canal.

B. — L'examen à un faible grossissement des coupes verticales correspondant au milieu de la lésion montre qu'un large bouchon corné, occupant la lésion dans presque toute son étendue et libre sur un côté, fait une notable saillie au-dessus du niveau de la peau, tandis que de l'autre côté il est entouré par un corps de Malpighi assez régulier et s'enfonce considérablement dans le derme, qui le reçoit comme dans une conque.

Les parois latérales de cette conque sont un peu incurvées à concavité interne et forment avec le corps papillaire de la peau du voisinage un angle aigu ouvert en bas et en dehors. Le fond de la conque est divisé par deux saillies coniques de hauteur inégale en trois parties, également en forme de conque, dont la médiane, un peu plus étroite et plus profonde, se continue avec le conduit d'une glande sudoripare.

Les deux saillies papillaires coniques du fond, lorsqu'on les étudie sur les coupes en série, représentent évidemment des sections perpendiculaires d'une saillie annulaire, non interrompue, laquelle divise le fond de la cavité en deux parties, une étroite cavité centrale et un large canal périphérique.

En effet, lorsqu'on suit la série des préparations, en partant d'une coupe de la partie médiane, les deux saillies papillaires coniques se rapprochent toujours l'une de l'autre jusqu'à se confondre en une seule, et en ce point la cavité médiane disparaît. Puis le fond, sur lequel on ne voit plus de saillie unique, devient plan, uniforme ; c'est la partie de la lésion correspondant au canal. Enfin, lorsqu'on a dépassé celui-ci, on voit le corps papillaire marginal un peu plus saillant que la peau voisine, ainsi du reste que peut le faire présumer le niveau des extrémités latérales de la lésion sur une coupe médiane.

Le derme sous-jacent à la conque, si on excepte la saillie papillaire en anneau qui entoure la petite cavité centrale, ne présente pas de papilles et, auprès du corps de Malpighi, laisse voir de nombreuses cellules à noyaux allongés ou arrondis, situées particulièrement autour des vaisseaux qui sont modérément dilatés. Ces cellules sont disposées sur quelques coupes de façon à former comme une couche mince et régulière sous-jacente au corps muqueux et, dans les points correspondant au canal, on voit des cellules d'infiltration se confondre avec les cellules les plus inférieures de la couche épineuse.

Le corps muqueux est presque uniforme, conserve la même hauteur que sur la peau saine du voisinage ou une hauteur peu supérieure, spécialement sur les bords de la lésion, et sa limite inférieure est bien nette, sauf dans les points où, comme nous venons de le dire, les cellules d'infiltration le rejoignent et se confondent avec ses éléments propres.

On ne constate pas la présence d'un stratum granulosum continu.

De même que dans la lésion précédente, l'amas corné qui remplit toute la grande conque peut facilement, lorsqu'on l'observe sur une coupe verticale, être divisé en une portion centrale, la plus grande, qui s'élève comme un panache au-dessus de la surface cutanée, et deux portions latérales qui forment une ligne courbe sur le bord de la lésion et se continuent, en s'affaissant, avec la couche cornée de la peau du voisinage. Entre ces trois portions, à leur point de séparation, il y a un angle aigu ouvert en haut.

On comprend facilement que, en réunissant toutes les coupes en série, la lésion est constituée par une saillie cornée, séparée par un étroit sillon d'une collerette également cornée, qui entoure la base de la saillie.

Cependant il est nécessaire d'ajouter que, tandis que, sur le côté interne de la paroi latérale de la conque, la couche cornée qui contribue à la formation de la collerette est formée de cellules plates dirigées dans le sens de la paroi elle-même, les cellules qui forment le panache corné se présentent d'une façon assez différente dans la partie centrale et dans la partie corticale de ce panache. Dans cette dernière, que l'on voit s'élever du milieu du fond du canal périphérique, les éléments sont arrondis ou allongés, diversement disposés, pourvus d'un noyau plus ou moins volumineux et coloré; au contraire, dans la partie centrale, on voit des cellules plates, sans noyau visible, généralement disposées en plans horizontaux, légèrement ondulés : les cellules cornées plates qui correspondent à l'anneau papillaire et à l'étroite cavité centrale que cet anneau limite sont disposées en arcade ou plus irrégulièrement et se conforment à l'irrégularité de la forme de cette portion de la lésion.

C. — La lésion, excisée sur la peau du nez, quoique très petite, contrairement aux deux précédentes, comprend un assez grand nombre d'orifices glandulaires, 12 appartenant à des glandes acineuses (dont 2 ont un double follicule pileux) et 2 appartenant à des glandes en tubes. Tous, plus ou moins dilatés et à une profondeur variable, s'ouvrent sur une aire ovalaire, située au-dessous du niveau de la peau saine environnante, à peine accusée sur la moitié environ de son étendue, modérément prononcée sur le reste de sa surface.

De tous ces orifices glandulaires, un appartenant à une glande acineuse occupe le centre de cette aire, est large, en forme d'ellipse allongée, infundibuliforme. Autour de cet orifice on ne constate pas de relief papillaire bien marqué, en forme d'anneau, ni de saillie prononcée du corps papillaire sur les limites de la petite tache, et par suite on ne peut parler de l'existence d'un véritable canal annulaire. Autour de l'orifice de la glande, situé au centre, on voit les autres orifices, qui tous, par leur portion supérieure évasée, se touchent

presque de façon à ce qu'il ne reste pour ainsi dire pas de point de l'aire qui ne soit occupée par eux.

L'évasement du conduit de presque toutes les glandes acineuses, en forme de cône, de doigt de gant ou irrégulièrement hémisphérique, atteint une profondeur considérable ; dans plusieurs il arrive jusqu'aux corps glandulaires, et sur deux de ces glandes, celle située au centre et une des glandes périphériques qui sont bilobées, la dilatation existe également sur les conduits secondaires.

Avec la largeur et la profondeur de l'évasement des conduits contraste la petitesse des corps glandulaires, et l'exiguïté des follicules pilaires, lesquels, très petits et sans poil apparent, s'insèrent sur le point le plus déclive du conduit glandulaire dilaté.

Quant aux glandes sudoripares, en raison de la faible épaisseur des fragments excisés, on ne voit pas leur peloton, mais les deux tubes que l'on peut voir sur la coupe sont de dimensions absolument normales ; l'un d'eux s'ouvre dans l'embouchure infundibuliforme évasée d'une glande acineuse près de son bord, sans avoir, croirait-on, d'évasement qui lui soit propre ; l'autre a un évasement commun avec celui d'une glande acineuse, à laquelle appartient la plus grande partie de l'évasement lui-même.

Les orifices glandulaires sont séparés les uns des autres par des saillies papillaires tout à fait irrégulières, différentes de forme et de dimension, ne dépassant pas d'ordinaire le niveau des papilles de la peau saine environnante et quelquefois même ne l'atteignant pas.

Le tissu conjonctif des papilles et celui qui est sous-jacent aux papilles présente de nombreuses cellules fixes et quelques cellules d'infiltration, distribuées d'une façon diffuse, un peu plus adondantes autour des vaisseaux, particulièrement des vaisseaux papillaires, qui sont tous modérément dilatés. En aucun point de la lésion, les cellules d'infiltration ne forment de couche continue, comme nous en avons observé, dans les deux lésions précédentes.

Il y a lieu de noter que dans diverses papilles interglandulaires on voit des cellules pigmentaires plutôt abondantes. Autour des conduits des deux glandes sudoripares et des glandes acineuses, le tissu conjonctif ne présente absolument rien de spécial, et les cellules épithéliales de ces glandes ne présentent non plus rien de spécial.

Dans les orifices glandulaires évasés, le corps de Malpighi est assez régulier dans son ensemble, y compris la couche basale ; il n'y a ni œdème interciliaire, ni œdème cellulaire ; le corps muqueux se colore bien dans toute son étendue et ne renferme pas de cellules pigmentaires.

Le stratum granulosum se comporte comme dans la lésion A.

La partie évasée de chacun des orifices glandulaires est fermée par un bouchon corné et tous les bouchons se réunissent à la partie supé-

rieure en un amas unique, qui s'élève d'environ 1 millimètre au-dessus de la surface libre de la peau ; cet amas est surtout développé à la partie moyenne de la lésion où il correspond au large orifice de la glande acineuse centrale.

Les couches qui composent l'amas corné, en suivant en bas l'irrégularité de la surface due à la présence des orifices évasés et des papilles qui les séparent, présentent une ondulation accentuée ; en haut, au contraire, l'ondulation est moindre.

Compact et uniformément jaunâtre dans les bouchons et leur portion saillante, l'amas corné présente çà et là des bandes qui émergent de la paroi d'une glandule périphérique et s'élèvent vers la surface libre : elles sont formées de cellules à cornéification imparfaite, présentant des noyaux plus ou moins volumineux, bien colorés. L'examen des coupes en série ne permet pas de reconnaître que ces bandes de cellules à cornéification imparfaite forment une couche continue entourant la partie la plus centrale de l'amas corné, ou, en autres termes, un liséré annulaire autour d'une aire centrale, comme cela a pu être fait pour les deux lésions précédentes.

D. — Dans toutes ces lésions qui nous ont donné des résultats histologiques identiques, nous devons distinguer une aire centrale et une saillie qui l'entoure.

L'aire centrale, sur une coupe verticale médiane de la lésion, comprend 8 à 15 petites papilles, et est située à un niveau variable, mais toujours plus élevé que la peau du voisinage, rarement presque au niveau de celle-ci. Presque constamment on peut distinguer une surface supérieure, un peu irrégulière, d'ordinaire légèrement convexe, parfois un peu concave, et deux surfaces latérales légèrement obliques en bas et en dehors, constituant la paroi interne d'un canal, sur lequel, comme nous verrons bientôt, s'élève une saillie annulaire cornée.

Le plan basal papillaire, dans la partie correspondant à la surface supérieure de l'aire centrale de la lésion, est assez élevé, et les papilles, de forme cylindro-conique ou en forme de massue, sont ordinairement plus développées qu'à l'état normal, quoique de volume inégal, et se dressent verticalement et obliquement.

Les parois latérales présentent respectivement ou bien une longue papille, qui se porte directement en haut comme les grandes papilles de la partie centrale, ou bien de petites papilles dirigées obliquement en haut et en dehors.

Les espaces interpapillaires sont plus ou moins larges ; dans son ensemble, le corps de Malpighi est moins épais qu'à l'état normal, mais ses éléments ne présentent pas de lésions appréciables et leur série basale est assez régulière. On y trouve de rares cellules d'infiltration et de rares éléments en karyokinèse.

Le stratum granulosum se présente comme dans les lésions précédentes.

La couche cornée, de hauteur double de celle qu'elle a dans la peau normale ou encore plus épaisse, est assez régulière et compacte, tant sur le plan supérieur de la zone centrale que sur les côtés, c'est-à-dire sur la paroi interne du canal; elle ne contient pas de noyaux ou de fragments colorés de noyaux.

Sur les coupes fixées à l'acide osmique, tandis que sur la peau environnante la couche cornée est représentée par une bande noire unique, sur la surface de la lésion, et précisément sur le plan supérieur de l'aire centrale, elle est dédoublée en deux bandes noires, irrégulières, dont chacune équivaut à peu près en hauteur à la bande noire unique de la peau saine, et qui sont séparées l'une de l'autre par un liséré se colorant uniformément par la safranine. Au-dessus de la bande noire supérieure, on voit en outre des amas de cellules cornées qui se colorent par la safranine; ces amas sont plus volumineux que ceux qui se voient au-dessus de la bande noire unique sur les parties saines.

Sur une seule petite tache, nous avons trouvé une petite couche cornée très mince dans toute son étendue, alors que le corps papillaire était peu développé, et qu'il y avait de nombreuses cellules d'infiltration dans la couche sous-papillaire.

La saillie annulaire qui limite la lésion est constituée par un amas corné à caractères spéciaux qui s'élève du fond d'un canal. Ce canal, assez large pour occuper l'espace de deux ou trois papilles, s'enfonce jusqu'au niveau du plan basal du corps papillaire de la peau saine environnante ou même un peu plus profondément, et a une paroi latérale interne constituée, comme nous l'avons dit plus haut, par la portion périphérique de l'aire incluse et une paroi latérale externe qui représente la véritable limite de toute la lésion; ces deux parois sont presque verticales, à peine un peu plus éloignées l'une de l'autre à leur partie supérieure. La paroi externe s'élève plus ou moins, est ordinairement plus basse que l'interne, mais est toujours un peu plus élevée que la peau environnante, en raison du développement un peu plus considérable des papilles qui contribuent à la constituer.

Au niveau de ces parois, le corps de Malpighi a une épaisseur presque égale à celle qu'il offre sur la peau voisine et ne présente rien qui mérite une mention spéciale : il faut seulement rappeler la régularité de sa couche basale. En ces points, le stratum granulosum fait presque défaut.

La couche cornée y est assez compacte et, tandis qu'elle se continue en dehors avec celle de la peau saine voisine, et a une épaisseur égale ou peu supérieure à celle-ci, en dedans elle s'amincit ordinairement à mesure qu'elle descend sur le canal.

Sur les coupes des lésions fixées par le liquide de Flemming, la couche cornée des parois n'est représentée que par une seule bande noire.

Le fond du canal annulaire est, dans son ensemble, concave d'une paroi à l'autre, mais il peut présenter çà et là quelques petites saillies correspondant à quelques papilles peu développées.

Le corps de Malpighi y est plus épais, à éléments moins régulièrement disposés ; la couche basale, qui n'est ni régulière ni continue, se confond avec les éléments d'infiltration du tissu conjonctif sous-jacent ; tandis qu'en haut elle se continue avec une colonne de cellules à cornéification imparfaite assez serrées les unes contre les autres, irrégulièrement disposées, la plupart pourvues d'un noyau volumineux, bien coloré, tantôt arrondi, tantôt ovalaire ou irrégulier. Cette colonne d'éléments cellulaires, aussi large que le fond du canal, le remplit dans toute sa hauteur, arrive au contact de la couche cornée des parois latérales, et s'élève verticalement, en s'inclinant ordinairement un peu vers la paroi interne, à laquelle elle semble presque adhérente, et fait une saillie qui peut être double de celle de la portion comprise dans le canal. Sur les coupes traitées par l'acide osmique et la safranine, cette colonne d'éléments cellulaires est jaunâtre, ou jaune rosé, çà et là d'un rouge rosé, avec ou sans coloration nette des noyaux.

Une coupe verticale passant par le milieu de la lésion présente naturellement deux colonnes semblables, l'une à droite et l'autre à gauche, séparées par toute la largeur de l'aire incluse ; mais quand on examine sur les coupes en séries celles qui se rapprochent de la périphérie de la lésion, on remarque, à mesure que la largeur de l'aire incluse diminue, que les colonnes sont plus larges et plus rapprochées l'une de l'autre ; elles finissent par n'être séparées que par une portion du corps de Malpighi, appartenant à la paroi interne du canal, puis uniquement par la couche cornée de la paroi même et, en dernier lieu, arrivent à se confondre (sur les coupes correspondant exactement à la partie moyenne du canal) en formant par leur fusion un plan cellulaire qui s'élève sous la forme d'un carré ou d'une demi-lune reposant par la partie moyenne de son bord convexe sur le fond du canal lui-même.

La forme de ce plan cellulaire est semi-lunaire plutôt que quadrangulaire, soit sur les taches très petites, soit sur les taches de dimensions modérées, mais à canal très étroit ; cette particularité tient à ce que dans ces conditions les coupes verticales correspondant exactement au milieu du canal ne peuvent intéresser qu'une très petite portion de la ligne médiane de celui-ci, tandis qu'elles atteignent le reste du canal assez obliquement dans sa partie externe ; celle-ci doit donc se présenter en biais, avec une couche cornée en apparence plus

épaisse et qui semble pénétrer comme une faux dans le fond du canal.

En examinant les coupes précédant et suivant celles qui intéressent sur une faible étendue la partie moyenne du canal, on remarque que le plan des cellules à cornéification imparfaite pourvues de noyaux volumineux et bien colorés semble isolé du corps de Malpighi qui tapisse le fond du canal par une petite couche plus ou moins épaisse de cellules cornées dépourvues de noyaux; cette couche n'appartient manifestement pas au plan en question, mais bien à un des côtés du canal.

Des sept lésions examinées, qui reproduisent exactement les mêmes caractères, trois seulement présentent des orifices glandulaires sur la surface supérieure de la portion centrale.

Une d'elles présente un follicule pileux qui s'ouvre au centre de la lésion par un évasement assez large et assez profond, en forme de doigt de gant, avec un corps de Malpighi assez épais et régulier, et une couche cornée peu dense ; au fond du follicule on remarque un poil follet. La même lésion présente une glande folliculaire, à évasement infundibuliforme, qui s'ouvre dans le canal, en augmentant environ de moitié à son niveau la largeur et la profondeur de ce canal. Dans l'évasement se loge la couche cornée des parois du canal et le liséré de cellules à cornéification imparfaite, à noyaux colorés, qui s'élève de la paroi interne du canal. Dans tout le reste de son étendue, la glande ne présente rien d'anormal. En un point diamétralement opposé, également dans le canal de la même lésion, mais sur la moitié externe du fond de ce canal, lequel est un peu élargi à ce niveau, s'ouvre une glande en tube normale, avec un orifice non évasé, dans lequel se continue la couche cornée de la paroi externe du canal, tandis que le liséré dont nous avons parlé s'élève du fond du même canal dans sa moitié interne, ce qui prouve qu'il n'a aucun rapport avec la glande. Sur le bord externe du canal, exactement sur la limite de la lésion, s'ouvre une glande en tube qui ne présente aucune altération.

Sur une autre lésion (fixée dans le liquide de Flemming et colorée à la safranine), on trouve une dépression large, mais relativement peu profonde, subdivisée en deux dépressions secondaires, l'une presque au centre de la lésion elle-même, peu marquée, se continuant avec un follicule piliaire volumineux et allongé qui porte un poil bien développé saillant sur la surface libre ; l'autre latérale, située du côté où s'incline le follicule, un peu moins évasée, mais plus profonde, appartenant à une glande acineuse, laquelle s'amincit et s'effile pour se terminer très probablement dans un petit follicule. La couche cornée, réduite à un seul liséré noir plutôt épais, tapisse la paroi de l'évasement commun et des évasements propres à la glande et au follicule, en s'amincissant vers le bas. Dans le conduit dilaté de la glande,

la partie centrale est bouchée par un amas corné irrégulièrement ondulé, de couleur jaune rougeâtre, qui s'élève un peu au-dessus de la surface libre, tandis qu'une couche cornée de même couleur entoure complètement le poil au niveau de l'orifice infundibuliforme du follicule et l'accompagne au dehors sur une certaine étendue.

Sur une troisième tache (celle sur laquelle la couche cornée était très mince), il s'ouvre à la surface de l'aire centrale, au voisinage de la bordure, une glande en tube, qui a un orifice à peine plus large qu'à l'état normal, obturé par une couche cornée à cellules dépourvues de noyaux.

Le corps papillaire sous-jacent à la portion médiane de chacune de ces lésions et celui qui appartient à la paroi externe du canal présentent une augmentation plus ou moins considérable des cellules fixes. La couche sous-papillaire de l'aire centrale et celle qui correspond au canal annulaire présentent dans une hauteur plus ou moins considérable une remarquable condensation des cellules fixes, en même temps qu'un nombre restreint, moyen ou considérable, d'éléments lymphoïdes, disposés en forme de bande allant d'une extrémité à l'autre de la lésion; cette bande est courbe, à convexité supérieure, continue ou interrompue sur une certaine longueur à sa partie moyenne. Dans ce cas il en résulte deux bandes, symétriquement disposées, mais ordinairement d'étendue et d'épaisseur inégales.

Cette bande d'éléments cellulaires a ordinairement des limites nettes en haut et en bas, et se termine également d'une façon plutôt nette sur les côtés, où elle ne dépasse habituellement pas la paroi externe du canal annulaire. C'est seulement au niveau du canal que les cellules lymphoïdes deviennent assez nombreuses, de façon à égaler parfois ou surpasser le nombre des cellules fixes et qu'elles atteignent le corps muqueux et s'infiltrent même dans les espaces interciliaires, en rendant peu nette la limite inférieure de ce même corps muqueux.

C'est précisément au niveau du canal que ce corps offre les modifications qui ont été décrites et d'où s'élève le liséré de cellules à cornéification imparfaite. Parfois la bande d'éléments cellulaires ci-dessus décrite entoure quelque peu le canal à sa partie externe, mais peut quelquefois s'arrêter à la moitié interne du fond du canal, et alors on voit le liséré s'insérer sur la portion inférieure de la paroi interne. Quelquefois, la bande de cellules serrées les unes contre les autres est plus prononcée d'un côté, et, quand il y a des glandules et des follicules intéressés, les éléments cellulaires se disposent assez profondément autour d'eux. Les vaisseaux papillaires et sous-papillaires sont par places médiocrement dilatés et accompagnés d'éléments cellulaires plus ou moins abondants.

E. — Lésion tout à fait identique aux sept lésions précédemment

examinées. On y remarque un liséré annulaire de cellules à cornéification imparfaite, assez élevé, un peu incliné du côté de l'aire centrale et, au milieu de l'aire centrale, l'orifice d'une glande en tube avec son conduit en forme de tire-bouchon. L'orifice présente une légère transformation cornée, mais sans évasement infundibuliforme manifeste. La lumière du conduit glandulaire est conservée intacte dans toute sa longueur.

F. — Ces deux lésions présentent l'une et l'autre sur leur aire centrale une ondulation papillaire peu prononcée, ne différant pas de celle de la peau avoisinante ; comme sur celle-ci, le tissu conjonctif du derme a un aspect fibrillaire compact, avec de rares cellules fixes ; le corps de Malpighi a également le même aspect que sur la peau du voisinage et, comme sur celle-ci, est formé seulement de trois ou quatre couches de cellules assez régulières, se colorant bien ; enfin, encore comme sur la peau voisine, la couche cornée est très mince et uniforme.

La tache la plus petite présente seule un canal annulaire à peine marqué, mais continu et assez régulier, dont les parois latérales sont recouvertes d'une couche cornée analogue à celle de la surface libre, mais un peu plus épaisse, tandis que du fond s'élève un liséré de cellules à cornéification imparfaite, analogue à ceux qui ont été précédemment décrits et qui dépasse peu le niveau de la surface cutanée. On voit, exclusivement dans la partie du derme correspondant au canal, une infiltration assez prononcée de petites cellules, en forme de nid, très rapprochée de la couche muqueuse qu'elle envahit quelque peu et avec laquelle elle se confond çà et là.

Sur cette lésion, nous avons rencontré sept orifices glandulaires, deux dans la zone centrale, appartenant à des glandes folliculaires et cinq dans le canal, dont un seul appartient à une glande en tube. Ces orifices sont un peu plus larges qu'à l'état normal, en forme d'entonnoir ou de doigt de gant, occupés par des cellules cornées sans noyaux colorés. Dans le canal, nous avons pu également constater sur cette lésion l'indépendance du liséré de cellules à cornéification imparfaite et de la lumière des tubes glandulaires, le liséré reposant sur une paroi latérale du canal plutôt que sur la partie moyenne du fond, dans le cas où débouchent des orifices glandulaires sur la partie moyenne du fond.

La plus grande des taches ne nous a pas montré l'existence d'un véritable canal périphérique, mais seulement un liséré analogue à ceux qui ont été précédemment décrits, disposé en forme d'anneau continu, qui s'insère en un point sur une légère dépression, en un autre point sur une petite saillie papillaire; dans les points où se trouvent des orifices glandulaires légèrement dilatés et bouchés par une couche cornée assez compacte (18 petites glandes folliculaires et

2 glandes en tubes), le liséré s'insère ou sur le bord ou, un peu plus profondément, sur la paroi de l'orifice dilaté.

Dans le tissu conjonctif sous-épithélial qui lui correspond, il y a un nombre plus considérable de cellules fixes et une infiltration abondante ou modérée de petites cellules, avec des éléments plus ou moins rapprochés de la couche muqueuse et dont quelques-uns atteignent les espaces interciliaires.

La couche muqueuse présente en ce point les modifications que nous avons notées à propos des autres lésions.

L'infiltration de petites cellules est un peu plus abondante et plus étendue dans les points où il y a des glandes sur le bord de la lésion ; ces cellules restent jusqu'à un certain point limitées au pourtour de la portion supérieure du conduit.

G. — Sur cette lésion, l'aire centrale est déprimée, la couche de Malpighi et la couche cornée ne diffèrent pas de celles de la peau avoisinante ; il y a une très légère ondulation du tissu conjonctif sous-épithélial, moins accusée que sur les parties avoisinantes, le tissu conjonctif est condensé, à cellules fixes plus rares que sur les parties limitrophes, les vaisseaux sont moins nombreux, quelques-uns çà et là sont entourés d'un manchon de cellules fusiformes ou arrondies en nombre limité ; sur la surface de l'aire centrale, dans toute son étendue, il n'y a ni orifices glandulaires, ni orifices folliculaires, tandis que dans la profondeur on trouve des fragments de tubes, de pelotons glandulaires, de corps de glandes acineuses et des fragments de follicules dont les éléments épithéliaux sont diminués de nombre et de volume, se colorent moins bien et sont entourés de tissu conjonctif à noyaux allongés ou ronds et plutôt abondants. Quelques tubes, quelques pelotons et quelques acini glandulaires ne sont plus représentés que par des cellules épithéliales isolées ou en petits groupes et, en beaucoup de points, uniquement par leur plancher conjonctif revenu sur lui-même, avec un reliquat manifeste d'infiltration.

A la périphérie de la tache seulement, il y a un épaississement corné limité en anneau incomplet, mais dont les cellules sont dépourvues de noyaux ou de fragments de noyaux colorés, et çà et là des orifices glandulaires plutôt dilatés et bouchés par un amas corné compact ; en outre, il y a une infiltration peu considérable de petites cellules sous la couche de Malpighi, autour des glandes et des follicules jusqu'à une profondeur modérée et qui parfois entoure également presque en totalité les corps glandulaires.

H. — Les coupes, en série, ont été pratiquées verticalement et parallèlement à l'ourlet qui, sur ce fragment, avait, ainsi que nous l'avons dit, la forme d'un éperon.

Le but de l'examen de ce fragment de bordure était de constater

si en ce point l'éloignement de la bordure par rapport à la tache était dû à des conditions anatomiques spéciales du tissu.

Nous avons constaté l'absence complète de liséré de cellules à cornéification imparfaite présentant des noyaux colorés et l'absence du canal sur le fond duquel s'élève le liséré, lorsqu'il existe.

L'ourlet présentait par places des cônes cornés qui s'enfonçaient indifféremment dans les orifices des glandes sudoripares ou des glandes acineuses et même dans les espaces interpapillaires indépendants des glandes. En outre, l'extrémité de l'éperon formé par l'ourlet correspondait à une petite glande folliculaire.

b) *Lésions de la muqueuse buccale.*

Les taches qui ont été enlevées sont toutes annulaires, ont leur anneau complet ; elles varient seulement par leur opalinité, par l'épaisseur et l'étendue de la saillie périphérique. Elles ont été enlevées deux à Jean-Baptiste Mar... (lèvre supérieure et lèvre inférieure), trois à Petr... (joue droite, joue gauche, voûte palatine), quatre à R. Sim... (lèvre inférieure, lèvre supérieure).

Dans l'étude microscopique des lésions excisées sur la muqueuse comme dans celles des lésions cutanées, nous distinguerons une aire centrale entourée d'une saillie annulaire.

L'aire centrale, sur une coupe verticale médiane des lésions que nous avons étudiées, a une largeur variable, toujours en rapport avec les dimensions de la tache à laquelle elle appartient, l'épaisseur de la saillie périphérique variant peu : la surface, légèrement convexe ou plane, occupe un niveau presque toujours un peu plus élevé que celui de la muqueuse saine avoisinante.

Les papilles comprises dans cette aire sont plus élevées qu'à l'état normal (nous ne les avons vues plus basses que sur une seule petite tache) et peuvent être étroites ou larges, coniques, cylindriques, cylindro-coniques, s'élevant verticalement ou plus ou moins obliquement. Leur plan basal, ou bien conserve le même niveau que le plan basal des papilles environnantes, ou, plus ordinairement, est un peu plus élevé ou un peu plus bas que ce plan ; dans le premier cas, il décrit habituellement une courbe à convexité supérieure, et dans le deuxième une courbe à convexité inférieure. Çà et là sur différentes lésions, on voit des papilles qui s'élèvent si haut qu'elles ne sont plus séparées pour ainsi dire de la surface libre que par la couche muqueuse, qui peut au surplus être assez mince.

Le corps muqueux, comme le corps papillaire, est assez développé, sa couche basale est régulière et bien nette ; ses éléments sont partout bien colorés et régulièrement disposés, avec des cellules

d'infiltration dans les espaces interciliaires qui ne sont pas autrement dilatés.

Sur les coupes colorées à l'hématoxyline, la distinction en deux couches de toute la portion de l'épiderme sus-jacente au corps de Malpighi, formée de cellules plates, est plus accentuée que sur la muqueuse du voisinage, et chacune de ces couches, particulièrement l'inférieure, semble augmentée d'épaisseur. En outre, la couche inférieure a des noyaux plus volumineux, avec des granulations périnucléaires bien colorées et, quoique très petites, assez nombreuses et nettes, tandis que sur la muqueuse saine voisine les granulations font défaut ou sont très rares ou peu visibles.

La saillie annulaire périphérique, d'une façon analogue à ce qui a lieu pour les lésions de la peau, est constituée par un amas de cellules épithéliales d'aspect spécial, qui remplit un canal creusé dans le tissu conjonctif, revêtu de la couche de Malpighi, et s'élève plus ou moins au-dessus de la surface libre de la peau. Au canal, on peut distinguer une paroi interne, représentée par la limite de l'aire incluse, plus ou moins oblique en bas et en dehors, et d'autant plus oblique que le niveau de l'aire incluse est plus élevé, et une paroi externe qui forme la limite de la lésion elle-même. Cette paroi externe a une direction ordinairement presque verticale et est plus basse que l'interne, rarement elle s'élève un peu au-dessus de la surface de la muqueuse saine du voisinage.

La paroi interne est revêtue, jusqu'auprès du fond du canal, par le corps muqueux et par une couche de cellules plates à noyau allongé, qui ne diffèrent pas de celles qui recouvrent le corps papillaire de l'aire incluse et avec lesquelles elles se continuent. De même la paroi externe a un corps muqueux et une couche de cellules plates ne différant pas de celles de la surface saine environnante. Au contraire, le fond du canal, dépourvu de papilles, ou rendu irrégulier par la présence d'une ou plusieurs papilles, se distingue : 1° par le corps muqueux qui est habituellement moins haut, particulièrement si le fond est dépourvu de papilles, qu'il revêt du reste habituellement sans présenter en propre de cônes interpapillaires, ni de couche horizontale sus-papillaire ; le corps muqueux, en outre, présente moins de régularité dans ses éléments, en particulier dans ceux de sa couche basale, en raison de l'amplitude plus grande des espaces interciliaires, et de l'infiltration de petites cellules un peu plus accentuée que dans le restant de la lésion ; 2° par la présence d'éléments cellulaires à bords souvent peu distincts, à noyaux petits, arrondis ou irréguliers, ressemblant quelquefois à des fragments de noyaux, à protaplasma homogène qui se colore moins bien que le protoplasma des cellules plates du voisinage ; ces éléments cellulaires, irrégulièrement disposés, constituent un amas qui remplit tout l'espace

compris entre les deux parois du canal. Dans le fond du canal, cet amas cellulaire repose sur le corps de Malpighi qui peut être régulièrement concave d'un côté à l'autre, si le tissu conjonctif sous-jacent ne présente pas de papilles, ou plus souvent à double concavité si le tissu conjonctif présente une papille centrale et, dans ce dernier cas, il passe sur la saillie que forme cette papille. Dans tous les cas cet amas cellulaire s'élève plus ou moins au-dessus du niveau de la muqueuse saine voisine et même un peu au-dessus du niveau de l'aire incluse de la lésion et, appuyé fortement sur la paroi interne du canal, se termine en cône mousse ou en forme de massue.

Quelquefois cet amas cellulaire, ainsi que les altérations du corps muqueux correspondant, existe jusqu'à la partie inférieure des parois latérales, en particulier de celle de la paroi externe, dont la couche de cellules plates peut se replier sur lui.

Il va de soi qu'une coupe verticale passant sur le milieu de la lésion montre à ses extrémités deux de ces saillies ou amas cellulaires, un de chaque côté, et, en examinant toute la série des coupes successives, on constate qu'ils se rapprochent de plus en plus l'un de l'autre et deviennent de plus en plus larges, jusqu'à se confondre en un seul quand l'aire centrale de la lésion a disparu, ce qui rend évidente la continuité du canal et de l'amas cellulaire, l'un et l'autre formant un anneau autour de la lésion qu'ils circonscrivent.

Toutes les lésions de la muqueuse que nous avons examinées présentaient une saillie annulaire continue. En ce qui concerne la saillie annulaire qui était séparée longitudinalement en deux par un sillon (obs. XI), nous n'avons pu exciser d'éléments en présentant; mais nous pensons que la portion interne de la saillie elle-même représente à elle seule l'amas cellulaire en question, qui est étroitement appliqué contre l'aire centrale, et que sa portion externe ne représente rien autre que la paroi externe du canal, d'une hauteur insolite, séparée de l'amas cellulaire ci-dessus décrit.

Sur les neuf taches que nous avons excisées, cinq n'ont pas présenté d'éléments glandulaires dans le champ de la lésion ; deux ont présenté un orifice glandulaire à sa partie moyenne et les deux dernières ont présenté un orifice glandulaire dans le canal, sans qu'on ait constaté de dilatation des orifices glandulaires eux-mêmes, ni de bouchon de cellules épithéliales dans ces orifices ou dans le conduit glandulaire. Autour des orifices eux-mêmes, la disposition des papilles est restée normale, c'est-à-dire que deux ou trois papilles de chaque côté ont présenté un plan basal oblique de dehors en dedans et de bas en haut, et une diminution graduelle de leur hauteur en se rapprochant de la paroi du conduit glandulaire. Les corps glandulaires n'ont pas présenté d'altérations appréciables de leurs éléments épithéliaux. Quant aux glandes, qui

s'ouvraient dans un canal (au nombre de trois en tout), les modifications locales dues au processus n'ont pas respecté la disposition normale des papilles autour d'elles, et leur orifice, peu ou pas évasé, avait sa lumière comblée ou rétrécie par l'amas cellulaire propre au canal.

Dans le tissu conjonctif papillaire et sous-papillaire de l'aire incluse, dans toute son étendue uniformément ou principalement sur les côtés, dans le tissu conjonctif papillaire ou sous-papillaire du canal, et parfois quelque peu aussi dans celui de la paroi externe de celui-ci, les cellules fixes sont augmentées de nombre, et il y a une infiltration cellulaire plutôt dense, disposée en forme de bande ; cette bande, située au voisinage du corps muqueux, est bien distincte de celui-ci, sauf dans quelques points disséminés, correspondant au fond du canal et à la partie inférieure de ses parois latérales, où on voit de nombreuses cellules d'infiltration s'élever jusqu'à la couche des cellules basales, qui ne sont pas disposées régulièrement ; quelques-unes des cellules d'infiltration se confondent avec les cellules basales, en pénétrant dans les espaces interciliaires.

Les vaisseaux sont dilatés, les uns médiocrement, les autres d'une façon assez prononcée, et quelques-uns, qui s'enfoncent dans le derme, sont accompagnés sur une certaine longueur par un petit nombre de cellules allongées et par quelques cellules rondes. Les conduits glandulaires, aussi bien ceux qui vont s'ouvrir au milieu de la lésion que ceux qui s'ouvrent dans le canal annulaire, sont entourés de l'infiltration sous-papillaire, qui cependant ne les accompagne pas profondément. Dans le premier cas, l'infiltration dans la partie centrale de la lésion est bien plus considérable que celle qu'on constate habituellement quand il n'y a pas de glande à ce niveau.

En somme, histologiquement, les lésions de la muqueuse reproduisent les lésions qu'on observe au niveau de la peau dans cette maladie, principalement les lésions cutanées de petite dimension et superficielles, comme les sept petites taches que nous avons excisées sur le scrotum. Les seules différences, au milieu de nombreuses ressemblances, consistent en :

1° Une infiltration de petites cellules relativement plus prononcée, qui souvent ne se limite pas à la couche sous-papillaire, mais envahit aussi les papilles.

2° Une infiltration de petites cellules dans les espaces interciliaires, infiltration qui, tout en étant peu considérable, ne se limite pas à la base de la saillie périphérique, mais envahit aussi par places le corps muqueux de l'aire centrale.

3° Le fait que la saillie périphérique qui limite la lésion sur la muqueuse et est presque constamment constituée d'une façon très prédominante par le liséré de cellules à cornéification imparfaite, ne

s'observe sur la peau que sur les lésions superficielles à bordure mince et continue.

En outre, dans les lésions de la muqueuse, on constate aussi la présence de cellules isolées, réunies en groupes, ou disposées en couches, munies d'un gros noyau, à protoplasma granuleux, identiques aux cellules granuleuses de l'épiderme ; ces cellules, à la vérité, ne s'observent que dans l'aire incluse des taches et sur les bords du canal, jamais dans le fond de celui-ci. Ce fond présente toujours les mêmes lésions, qu'il s'agisse de la peau ou des muqueuses.

Par l'examen clinique de nos malades et par l'étude histologique des lésions excisées, nous sommes suffisamment autorisés à juger que la dermatose dont nous nous occupons mérite d'être considérée comme une entité morbide particulière.

L'apparition de l'affection à tout âge, son début assez fréquent par une tache qui peut rester isolée, même pendant de nombreuses années, avant qu'il ne s'en produise d'autres, l'apparition successive des lésions à intervalles parfois extraordinairement longs, la possibilité de leur existence simultanée sur la peau et sur la muqueuse buccale, les caractères tout à fait spéciaux des lésions elles-mêmes, l'évolution très lente de chacune d'elles, la marche extraordinairement chronique de la maladie dans son ensemble, l'absence presque absolue de tout symptôme subjectif, la présence presque habituelle de la maladie chez plusieurs membres d'une même famille sans altération des conditions générales de santé des malades, voilà tout un ensemble de faits qui ne se rencontre dans aucune des dermatoses classiques bien connues. Indubitablement, quiconque a l'occasion d'observer même un seul cas de cette affection ne peut manquer d'être frappé de la singularité de son tableau clinique, et si, par aventure, il peut en observer plusieurs, en voyant constamment les phénomènes morbides se répéter avec une physionomie identique, même dans leurs plus minimes caractères, il est nécessairement amené à la conviction que cette affection mérite une place à part dans la dermatologie.

Faisant abstraction pour un instant de tous les autres caractères, le fait que l'affection peut exister simultanément sur la peau et sur la muqueuse buccale, et que, parmi les autres lésions, on peut rencontrer sur la peau de petites saillies ombiliquées et des efflorescences annulaires, fait penser au lichen de Wilson, la seule dermatose qui puisse véritablement entrer en discussion.

Il est bon de rappeler ici le tableau clinique du lichen de Wilson, tant dans ses manifestations sur la peau que dans ses manifestations sur les muqueuses, et de rappeler aussi les altérations histologiques qu'on observe au niveau de ces lésions.

Dans le lichen de Wilson, quand l'affection est dans son entier dé-

veloppement, on sait que l'on rencontre sur la peau des éléments papuleux dont la forme, la dimension, l'aspect et le mode de groupement varient. On voit :

Des papules triangulaires ou pentagonales limitées par des sillons normaux de la peau, submiliaires ou miliaires, planes, lisses, rosées, ou d'un rose tirant sur le bleu, occupant particulièrement les poignets, le gland, la surface des articulations, le dos des mains, les avant-bras, les jambes, l'abdomen, le cou, les organes génitaux ;

Des papules obtuses, rondes, légèrement saillantes, lisses, brillantes, translucides, de la même coloration que les précédentes, avec une perle cornée ou une dépression centrale, larges de 5 à 6 millimètres, souvent aussi nombreuses, mais toujours en moins grand nombre que les saillies miliaires (cette forme s'observe souvent chez les nourrissons, chez les enfants) ;

Des papules planes rouge-brun ou bleuâtre, qui peuvent aller de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 1 franc ou de 2 francs, faisant à peine saillie au-dessus du niveau de la peau environnante, à surface unie ou avec dépression centrale, avec des points blancs perlés, brillants, que l'on peut enlever sans provoquer d'écoulement sanguin, d'une dureté spéciale. Ces papules occupent ordinairement les jambes, le plus souvent en nombre restreint, mais peuvent occuper la paume des mains, la plante des pieds, le cuir chevelu, régions où les autres formes sont plus rares ; elles ont tendance à former des taches plus considérables par élargissement et confluence des éléments primitifs ;

Des papules acuminées avec ou sans amas corné, sorte de tampon central, et papules aplaties cornées diversement groupées ou isolées ;

Enfin, on peut rencontrer des taches annulaires avec zone centrale située au même niveau que la peau saine, ou plus ou moins déprimée, atrophiée et pigmentée, limitée par une saillie marginale, qui peut atteindre jusqu'à 4 millimètres de large (elles sont ordinairement peu larges et en petit nombre) ou au contraire être très petite (1 millimètre), fine et délicate, lisse, uniforme, brillante, rosée ou rouge cuivré, rouge rosé, ou blanc de perle, parfois bleuâtre, quelquefois à contour polycyclique, dure (ces taches ont ordinairement une largeur assez variable et peuvent être très nombreuses, peut-être même prédominer sur les autres).

Les papules communes se sérient souvent en ligne droite ou circulaire, ou se serrent les unes contre les autres, comme une mosaïque, en formant des groupes circonscrits avec des éléments centraux plus volumineux et de couleur plus obscure, ou au contraire en formant de larges taches à éléments presque identiques les uns aux autres, ou de volume et de couleur différents, et disposés sans ordre.

Quand les éléments papuleux sont sériés en lignes circulaires fermées de façon à former un cercle circonscrivant une surface de peau

saine, ou mieux encore quand les taches sont entourées d'une bordure saillante, constituées, comme les précédentes, par des papules sériées et présentant une zone centrale déprimée de coloration brun foncé ou brun livide, due manifestement à la résolution des papules centrales d'un groupe donné, il ne faut pas les confondre avec les taches annulaires que nous avons brièvement décrites plus haut, et qui, selon toute probabilité, sont formées par un élément unique qui s'étend de plus en plus, en même temps que la partie centrale entre en résolution. Quant aux taches polycycliques, elles résultent de la confluence de deux ou plusieurs taches avec disparition de la bordure aux points de contact.

On voit parfois des taches pouvant faire jusqu'à un centimètre de saillie, tubéreuses, végétantes, d'étendue plus ou moins considérable, de coloration rouge foncé, ordinairement couvertes de squames grises minces, très adhérentes ou hérissées de saillies cornées ou présentant de petites dépressions punctiformes. Ces taches à contours nets, entourées ou non d'une zone érythémateuse, occupent fréquemment les jambes.

Le nombre des éléments éruptifs, dans le lichen de Wilson, qu'ils soient isolés ou disposés en groupes, est très variable ; dans quelques cas, la maladie est plus ou moins généralisée à la surface de la peau ; dans d'autres, elle est circonscrite à quelques régions seulement.

Les sièges de prédilection sont la surface de flexion des poignets et des coudes, la ceinture, le gland, le scrotum, le haut des cuisses, les creux poplités, la partie antéro-interne des jambes, les cous-de-pied. Le visage est atteint plus rarement et plus rarement encore le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds.

Sur le cuir chevelu, on voit des dépressions alopéciques avec des grains cornés insérés dans des dépressions punctiformes. A la paume des mains et à la plante des pieds, on voit de simples dilatations des orifices glandulaires, ou de véritables papules ombiliquées, ou bien des taches superficielles blanchâtres, légèrement squameuses, ou encore des taches dures et squameuses reposant sur une base d'un rouge vif, avec ou sans irradiation le long des plis normaux.

Nous croyons inutile de rappeler les variétés papulo-érythémateuse et vésico-bulleuse du lichen de Wilson, qui s'éloignent trop de la forme clinique que nous décrivons.

L'évolution de chaque élément papuleux dure un nombre variable de semaines et laisse à sa place une petite dépression, ayant un aspect d'atrophie superficielle, d'abord d'un brun foncé, devenant ensuite très lentement blanchâtre et brillante.

Or, si le tableau clinique du lichen de Wilson est aussi varié que nous l'avons dépeint sous le rapport de la dimension, de la forme et de la coloration des éléments papuleux et de leur mode de groupement, cela est dû en grande partie à ce qu'il se développe peu à peu des

éléments nouveaux, tandis que les éléments qui les précèdent accomplissent leurs phases d'accroissement et de régression dans un temps relativement court que nous avons dit se chiffrer par semaines. C'est précisément à ces éruptions subintrantes qu'est due la durée totale de l'affection, qui peut aller de quelques mois à quelques années, en dehors des cas à marche aiguë qui évoluent ordinairement en deux à trois semaines seulement. Seules les taches hypertrophiques se résolvent avec une très grande lenteur.

On sait que l'affection est habituellement prurigineuse, quoique l'intensité du prurit, continu ou sous forme d'accès, puisse varier d'un degré assez léger à un degré très grave et s'accompagne souvent de sensations de piqûre, de brûlure et parfois d'une excitabilité exagérée du système nerveux, d'insomnie et d'amaigrissement.

Il est très rare qu'il y ait absence complète de tout symptôme subjectif.

Certes il ne manque pas de cas où, dans une famille, plusieurs frères sont atteints, mais habituellement la maladie se présente sous la forme de cas isolés. Nous ne connaissons pas de familles chez lesquelles la maladie se soit présentée dans plusieurs générations successives.

Pour ce qui concerne les manifestations du lichen sur la muqueuse buccale, qui s'observent avec une assez grande fréquence, peut-être dans les deux tiers des cas et qui parfois sont primitives, c'est-à-dire précèdent l'apparition des lésions cutanées, elles occupent habituellement les lèvres, les joues, le long de l'espace interdentaire, le dos de la langue, plus rarement ses bords et sa face inférieure ou la voûte palatine.

Aux lèvres, elles peuvent se présenter sous la forme de points blancs isolés ou disposés en stries ou confluents en taches étoilées ; aux joues, principalement le long de la ligne interdentaire, elles ont la forme de saillies submiliaires ou miliaires, acuminées, blanches, bien limitées, dures, ou sous forme de minces cordons durs disposés en réseau, comme une fine dentelle, ou en forme de feuille de fougère, ou en taches étoilées. Dans quelques cas très rares, on a constaté la présence d'une ou deux taches constituées par une zone de muqueuse normale, incluse dans une saillie annulaire filiforme, ou de taches devenues annulaires par suite de la résolution du processus dans leur partie centrale. Dans un cas que l'un de nous a eu l'occasion d'observer, dans lequel la peau présentait les manifestations habituelles du lichen de Wilson circonscrites presque exclusivement au dos des mains et au tronc, la muqueuse buccale et plus exactement la voûte palatine, dans sa moitié antérieure, présentait une dizaine de taches ayant presque toutes la largeur d'une lentille ordinaire, de forme ronde assez régulière, constituées par une saillie annulaire

bien marquée, d'un blanc opaque, circonscrivant une aire légèrement opaline.

A la langue, de préférence sur sa portion dorsale, les lésions ont l'aspect de taches d'un blanc grisâtre, opaques, lenticulaires et arrondies ou plus grandes et polycycliques, et elles se terminent toujours très nettement avec une mince zone érythémateuse périphérique ; ces taches sont parcourues par de légers sillons et sont résistantes au toucher.

Habituellement les lésions de la muqueuse disparaissent sans laisser de traces appréciables.

A part une sensation de sécheresse, une sensibilité exagérée pour les boissons et les aliments excitants et une certaine gêne des mouvements, quand les lésions sont notables et nombreuses, elles évoluent habituellement sans symptômes subjectifs appréciables.

Quant aux altérations histologiques que montrent les papules du lichen, elles peuvent, ainsi qu'on le sait bien, se résumer de la façon suivante : infiltration de sérosité et de petites cellules dans la couche sous-papillaire et dans les papilles, avec augmentation des cellules fixes, infiltration qui se termine par des limites nettes en bas et à la périphérie, en accompagnant quelques-uns des vaisseaux de la partie inférieure du derme. Augmentation du volume des papilles et réduction notable des dimensions des cônes malpighiens. Œdème interciliaire de la couche épineuse et œdème du protaplasma cellulaire. Prolifération plus ou moins régulière et plus ou moins accentuée des éléments eux-mêmes du corps muqueux. Décollement par places des couches du corps de Malpighi au niveau du corps papillaire, augmentation du stratum granulosum et du stratum corneum, ce dernier compact et ayant le type de la couche basale. Cônes cornés à couches concentriques correspondant ou non à des orifices de glandes en tubes ou folliculaires, plus ou moins profonds et reposant sur une couche granuleuse assez épaisse. Prolifération conjonctive sur les limites de la couche épineuse et autour des glandes. Dégénérescence colloïde de la couche épineuse, limitée à des cellules isolées ou à des groupes de cellules ou à de grandes étendues de cette couche. Dégénérescence hyaline des parois des capillaires. Sclérose légère ou prononcée du tissu conjonctif superficiel. Dégénérescence kystique des conduits et de la portion enroulée des glandes sudoripares avec cellules épithéliales adhérentes et soudées avec une sorte de cuticule ; les cellules du peloton sudoripare sont devenues semblables à celles du conduit. Dans un petit nombre de tubes, les cellules sont plus larges, leur protoplasma est hydropique et leur zone périnucléaire est augmentée d'étendue. Parfois, dans la lumière des conduits, on trouve des masses homogènes et granuleuses. Les glandes acineuses et les follicules sont normaux ou atrophiés. Pigmentation modérée dans la

couche de Malpighi et plus ou moins accentuée dans le tissu conjonctif de voisinage.

Si nous voulons rappeler d'une façon un peu plus précise les lésions histologiques les plus remarquables qu'on observe dans chacune des variétés des papules du lichen, nous pouvons dire que dans la papule polygonale on voit 10 ou 20 papilles manifestement plus hautes que les papilles voisines, dont-elles sont séparées par un sillon dépourvu de papilles correspondant au sillon qui limite les losanges cutanés. La prolifération de la couche épineuse est peu prononcée et fait parfois défaut. L'hyperkératose au début est uniforme. S'il y a des glandes en tubes ou acineuses, elles prennent part ou non au processus, et leurs orifices peuvent être obstrués, mais d'une façon tardive, par l'épiderme corné.

Dans la papule obtuse, il n'y a pas forte augmentation de volume de l'épithélium, ni sclérose, tandis qu'il y a une dégénérescence kystique accusée du conduit et du peloton des glandes en tubes.

Dans la papule plane, il peut y avoir des orifices de glandes et des follicules non intéressés par le processus. La pigmentation du tissu conjonctif superficiel est très accusée.

Dans la papule plane cornée, arrivée à son complet développement, les couches épidermiques sont planes et la couche cornée est épaissie par places ou d'une façon diffuse; la pigmentation du tissu conjonctif est bien plus accusée que dans la papule plane simple.

Dans la papule plane atrophique, on trouve des bouchons cornés qui s'étendent assez profondément jusque dans la portion intradermique du conduit, contrairement à ce qu'on avait cru d'abord. Dans cette variété, la sclérose s'étend davantage en bas.

Dans les éléments annulaires, l'aire centrale, située au niveau de la peau saine, présente une couche réticulaire légèremennt œdémateuse et hypertrophique, les papilles sont légèrement augmentées de volume, les cônes interpapillaires sont plus ou moins réduits de volume, les vaisseaux peu dilatés, sans œdème périvasculaire; il y a une légère infiltration, et par places des traces de dégénération. Au niveau du relief marginal, les papilles sont plutôt développées, les cônes interpapillaires larges et profonds, constitués par la couche épineuse œdémateuse ; le système lacunaire de cette dernière est dilaté, les épines assez petites, les couches granuleuse et cornée modérément épaissies. Du côté du tissu conjonctif, on constate un œdème diffus, de nombreuses cellules fixes et un petit nombre de leucocytes placés auprès du corps de Malpighi, qu'ils envahissent également. On constate par places un début de dégénérescence. Mais dans cette forme de papules on ne trouve ni la dégénérescence colloïde vraie de l'épithélium, ni la dégénérescence hyaline des vaisseaux, ni les perles cornées, ni la sclérose.

Donc indubitablement le tableau clinique de l'affection dont nous nous occupons ne correspond pas à celui du lichen, que nous avons assez brièvement tracé.

Quand l'affection que nous étudions ici a atteint un degré suffisant de développement, et qu'il s'est produit des lésions nombreuses et adultes, celles-ci reproduisent toutes et chez tous les malades constamment le même type, et, qu'elles soient arrondies, polycycliques ou de forme bizarre, elles sont toujours constituées par une saillie limitante et une zone incluse dans cette saillie, présentant des caractères bien différents de ceux de la saillie et de la zone incluse des taches annulaires qui peuvent s'observer dans le lichen.

Dans notre dermatose, la saillie limitante, sous le rapport de ses dimensions, peut varier depuis la dimension presque inappréciable de squamules disposées en séries ou de celle d'un très mince fil uniforme et continu à celle très notable d'une digue très grosse, à large base, en forme de cône tronqué, uniforme ou irrégulière ; au point de vue de la couleur, elle peut varier du blanc sale au jaunâtre ; au point de vue de l'aspect, de l'apparence squameuse à l'état corné ou calleux, quelquefois hérissé de nombreuses et fortes aspérités, comme des aiguillons, tandis que dans le lichen de Wilson elle conserve presque toujours des dimensions moyennes, une couleur rosée ou rouge cuivre et un aspect lisse, brillant, uniforme.

Si, sur quelques taches qui, chez nos malades, occupaient spécialement le visage, le bord semble constitué par de petites saillies grisâtres disposées en chaînes, ayant l'aspect de grains cornés, ceux-ci ne peuvent certainement pas être confondus avec les éléments plats ou acuminés, brillants, souvent ombiliqués, qui constituent le bord de quelques taches annulaires de lichen.

Un fait très important consiste en ce que sur un grand nombre de taches, appartenant à la dermatose, dont nous nous occupons, la saillie limitante, surtout quand elle est assez prononcée, est divisée dans le sens de sa longueur par un sillon profond, étroit ou évasé, avec ou sans liséré corné s'élevant du fond de ce sillon, et que ce sillon, qui donne un cachet particulier à la lésion, suffit à lui seul à caractériser quelques taches, qui pourraient à première vue être prises pour des callosités vulgaires, tandis que rien de semblable, que nous sachions, n'a jamais été décrit sur la saillie, qui limite les taches annulaires du lichen.

Dans la dermatose dont nous nous occupons, l'aire incluse des taches annulaires peut avoir une coloration rouge-brun, surtout sur quelques régions de la surface cutanée (visage, scrotum, membres inférieurs), mais peut aussi avoir une couleur qui ne diffère pas de celle de la peau saine du voisinage ou, bien que rarement, peut être quelque peu hypochromique : il n'est pas rare qu'une étroite zone,

régulière ou non, de couleur brune presque noire, se voie sur le bord interne de la bordure. Dans le lichen, au contraire, la zone centrale des lésions annulaires est d'un brun foncé, d'un brun livide, ou de couleur sépia dans toute son étendue.

Dans la première des deux dermatoses, l'atrophie de la peau qui correspond à l'aire incluse dans les taches annulaires est le reliquat ultime des taches qui ont complètement disparu, peut être minime, à peine appréciable, mais peut atteindre aussi un degré très accentué, bien supérieur à celui qu'on observe habituellement dans les taches annulaires du lichen.

Les taches entièrement calleuses, avec sillon évident ou caché par l'amas corné, ne se rencontrent jamais dans le lichen de Wilson.

Nous ne savons pas que, dans l'aire centrale des taches annulaires du lichen, il puisse s'en produire d'autres à marche également centrifuge, comme il n'est pas rare d'en voir dans la dermatose que nous étudions.

Pour ce qui concerne la marche des taches elles-mêmes, il faut noter que dans cette affection l'accroissement des taches est extraordinairement lent, si bien qu'on voit s'écouler plusieurs années avant qu'on ne puisse constater quelques millimètres d'extension, tandis que dans le lichen, il suffit d'un petit nombre de semaines pour qu'un élément papuleux devienne annulaire et atteigne même la dimension d'une pièce de 5 francs.

En même temps que l'extraordinaire lenteur d'accroissement des diverses lésions dans notre dermatose, il arrive d'observer de temps à autre des phases d'exagération et d'atténuation de la saillie annulaire alternant à longs intervalles, tandis que les taches annulaires du lichen présentent un processus centrifuge rapide, de même qu'elles disparaissent rapidement en totalité sans que leur saillie limitante présente les phases d'alternatives qui viennent d'être décrites.

Dans les variétés de lichen de Wilson qui se caractérisent par l'existence de taches annulaires plus ou moins nombreuses, on voit à côté de ces taches des éléments papuleux particuliers à l'affection, à diverses phases de leur évolution, isolés ou diversement groupés, souvent en nombre prédominant, contrairement à ce qu'on observe chez nos malades qui présentent presque exclusivement des éléments annulaires, et chez un petit nombre seulement desquels on voit, en même temps que ces éléments, quelques rares saillies submiliaires ou miliaires.

On regarde comme éléments propres et jeunes du lichen de Wilson, nous l'avons vu tout à l'heure, des petites saillies papuleuses planes ou légèrement acuminées, polygonales ou arrondies, solides, lisses, brillantes, de couleur rouge clair, dont beaucoup ont une ombilication punctiforme. Au contraire, les lésions les plus jeunes

qu'on rencontre dans l'affection dont nous nous occupons sont de petites saillies, formées par une pointe d'un blanc grisâtre, en forme de cône tronqué, sorte d'aiguillon d'apparence et de consistance cornées dépassant ordinairement très peu le niveau de la surface cutanée et autour duquel se forme assez rapidement une saillie annulaire, ou collerette, également grisâtre et d'aspect corné.

En ce qui concerne les manifestations buccales, qui peuvent se produire dans les deux maladies, nous avons constaté presque exclusivement chez nos malades, sur la muqueuse comme sur la peau, des taches annulaires, et jamais nous n'avons vu les points blancs, faisant une saillie plus ou moins nette, isolés, disposés en stries entrelacées ou confluents en taches étoilées, que l'on rencontre sur les joues et sur les lèvres dans le lichen.

Indubitablement, on peut trouver également dans le lichen, sur les muqueuses, quelques très rares taches annulaires et on rencontre fréquemment des taches d'un blanc grisâtre, opaques, lenticulaires, arrondies, peu saillantes, à bords nets, entourées d'une mince zone érythémateuse, et ces dernières pourraient rappeler les taches opalines décrites chez nos malades. Mais les très rares taches annulaires du lichen ne présentent pas d'opalinité centrale, et aucun observateur n'a vu un sillon creusé dans leur saillie annulaire périphérique.

Les taches blanc grisâtre, opaques, de consistance dure, dont la surface est sillonnée d'impressions linéaires, que l'on voit sur la langue dans le lichen, se différencient essentiellement de celles de l'affection que nous étudions : dans cette dernière, elles sont peu nombreuses, occupent le voile du palais, au moins dans nos cas, sont opalines et n'offrent pas au doigt une consistance supérieure à celle de la muqueuse saine. En outre, dans cette même maladie, nous n'avons jamais vu le dos de la langue intéressé et, les rares fois où celle-ci a présenté quelques lésions, elles occupaient ses parties latérales ou sa face inférieure et avaient l'aspect de petites taches annulaires très élégantes.

Il nous semble tout à fait inutile de nous étendre sur le diagnostic différentiel des autres dermatoses, dans les cas où l'affection dont nous nous occupons ici présente, dans son tableau clinique complet, des lésions simultanées de la peau et de la muqueuse buccale.

Il peut seulement être nécessaire de fixer quelques traits différentiels avec les autres affections pour les cas où les localisations sont limitées à la peau seule, ou, par extraordinaire, à la muqueuse seule, quoique, à la vérité, il ne nous soit pas arrivé jusqu'ici de rencontrer un seul exemple de lésion de la muqueuse seule.

Dans les cas de localisation exclusive de notre dermatose à la peau, en particulier lorsque les lésions sont peu nombreuses et petites, on pourrait penser aux verrues planes, lesquelles ont également pour siège de prédilection le visage, le dos des mains et des pieds, le cuir

chevelu, et qui peuvent également rester dans ces divers sièges en petit nombre, presque isolées. Sur les doigts et les orteils, si elles occupent les régions périunguéales, elles peuvent également s'étendre sur le lit de l'ongle en produisant une déformation de celui-ci. Il faut cependant remarquer que les verrues planes, quand elles sont très petites, arrondies ou polygonales, ont une coloration jaune spéciale, presque jaune cuir, une surface peu saillante, plane, souvent avec une dépression centrale punctiforme et dans leur ensemble paraissent presque translucides. Quand elles sont plus grandes, miliaires ou sublenticulaires, tout en restant toujours planes, elles font une saillie plus considérable, et ont un aspect plus manifestement corné ; sur leur surface, on parvient parfois à distinguer une étroite zone périphérique, séparée par une légère dépression linéaire d'une aire centrale légèrement soulevée en forme de calotte. Mais on ne parvient jamais à constater sur cette surface une sorte de petite aiguille centrale conique ou cylindrique séparée par un sillon bien net d'une petite saillie annulaire qui l'entoure, et on n'a jamais décrit de verrues présentant une aire centrale plus ou moins large, déprimée, atrophique, entourée sur toute son étendue d'une étroite saillie marginale. A la paume des mains et à la plante des pieds, les verrues planes sont comme enchâtonnées dans la peau et ont une surface verruqueuse ; mais, même dans ces régions, elles ne laissent jamais voir un sillon limitant avec une lèvre externe calleuse, comme celui qui caractérise les taches palmaires et plantaires de l'affection que nous étudions actuellement. Les verrues planes n'atteignent d'ailleurs jamais l'étendue que nous avons vu prendre aux taches de nos malades.

Pour ce qui regarde les caractères histologiques, il suffira de noter que dans les verrues il y a une hypertrophie dermo-épidermique (allongement des papilles et augmentation d'épaisseur du corps muqueux et des couches sus-jacentes), sans qu'on y constate en quelque point de modifications du processus de kératinisation.

Il n'est pas possible de confondre l'affection avec les lésions annulaires, papuleuses et papulo-tuberculeuses de la syphilis. Même en s'en tenant au simple examen objectif des lésions, la ressemblance n'est que grossière, tant au niveau de l'aire incluse qu'au niveau de la saillie périphérique, les syphilides n'ayant aucun des caractères qui différencient les lésions particulières à notre affection.

Il n'est pas besoin de nous attarder à discuter les caractères des ichtyoses partielles, ou nævi ichtyosiformes systématisés, dans lesquels les lésions ichtyosiques ne se présentent jamais sous la forme annulaire, et ne peuvent jamais se présenter sous celle de taches à accroissement centrifuge avec modifications successives de l'aire centrale.

Si les observations ultérieures démontraient que la dermatose que

nous étudions peut, quelquefois, au moins pour un certain temps, se présenter avec des manifestations occupant exclusivement la muqueuse buccale, il ne serait pas difficile dans ces cas de la distinguer des lésions que la leucoplasie détermine dans la bouche, quoique ce processus morbide soit le seul qui mérite d'être discuté.

Véritablement, il n'y a pas de terme de comparaison entre les deux affections quand on considère la leucoplasie dans sa variété clinique la plus commune, qu'elle soit localisée aux espaces interdentaires ou qu'elle soit diffuse, qu'elle soit légère ou assez accusée.

Au contraire, il pourrait y avoir une certaine ressemblance avec les cas de leucoplasie à taches plus ou moins circonscrites ; mais leur forme irrégulière, leur coloration uniformément blanche presque brillante, les sillons qui parcourent leur surface, leur consistance bien appréciable au toucher et la sensation de gêne dont les malades se plaignent, surtout quand les lésions sont nombreuses et étendues et occupent certaines régions, voilà des caractères qui distinguent les taches leucoplasiques des taches opalines uniformes de notre dermatose et plus encore de ses élégantes taches annulaires.

Enfin, histologiquement, la leucoplasie buccale montre, du côté de l'épithélium, un corps muqueux dont la disposition rappelle parfaitement celle de l'épiderme, puis une couche de cellules à gros noyaux vésiculeux avec des granulations protoplasmiques identiques aux cellules du stratum granulosum de l'épiderme, stratum qui manque dans la muqueuse absolument normale ou est mince et discontinu sur la muqueuse des adultes ; enfin, au-dessus de cette couche, on voit une couche plus ou moins épaisse de cellules à contours nets, assez aplaties, renfermant des noyaux ou des fragments de noyaux se colorant très peu ou ne se colorant pas, et, pour couronner le tout, une couche qui rappelle beaucoup la couche cornée de l'épiderme libre, mais qui d'habitude est uniformément compacte dans toute son épaisseur. Du côté du tissu conjonctif, on constate l'aplatissement des papilles, avec amincissement des cônes interpapillaires, une infiltration discrète de petites cellules dans les papilles et dans la couche sous-papillaire occupant uniformément toute l'étendue de la tache, et de nombreuses cellules fixes. Même sur les taches de leucoplasie à limites très précises, on ne constate pas de sillon interpapillaire correspondant au bord de la lésion, et ce bord n'est pas représenté par une saillie linéaire annulaire formée d'éléments cellulaires analogues à ceux qui forment le bourrelet des taches annulaires de la muqueuse dans la maladie que nous étudions.

En résumé, l'affection est représentée cliniquement sur la peau par :

1° Des saillies miliaires ou submiliaires constituées par une partie centrale s'élevant en forme de petite aiguille ou déprimée à la

manière d'une ombilication punctiforme, et par une portion périphérique en forme de collerette (cette dernière sur une lésion d'un de nos malades faisait défaut macroscopiquement).

2° Des saillies papuleuses miliaires à surface plane ou légèrement convexe, limitées sur toute leur étendue par une très mince collerette ayant à peu près la même hauteur que la saillie qu'elle entoure et également d'aspect corné.

Quelques-unes de ces lésions peuvent présenter un petit cylindre corné, haut de quelques millimètres, qui recouvre la très petite saillie papuleuse.

3° Des taches annulaires plus ou moins larges présentant une aire centrale au niveau de laquelle la peau est presque normale ou atrophique à un degré variable, et une bordure constituée par une ligne squameuse ou une saillie linéaire cornée, plus ou moins apparente, régulière ou non, continue ou divisée dans le sens de sa longueur par un sillon très étroit ou évasé, avec un liséré corné s'élevant de son fond, liséré isolé et facilement visible, ou au contraire, adhérent à la paroi interne du sillon et plus difficile à constater.

4° Des taches calleuses dans toute leur étendue, plus ou moins larges, circonscrites par un sillon plutôt large avec un liséré corné inclus dans le sillon, souvent bien visible, festonné, qui fréquemment surpasse en hauteur le niveau de la circonférence de l'aire incluse, à laquelle il peut adhérer. Parfois il est nécessaire de plier la partie périphérique de la tache en différents sens pour rendre bien appréciable le sillon et le liséré.

De même, sur la muqueuse buccale, l'affection est représentée par des taches offrant une aire opaline et une saillie linéaire périphérique d'un blanc opaque. La saillie peut être divisée par un sillon (ainsi que nous l'avons vu deux fois), et parfois les taches peuvent être opalines dans leur totalité, sans distinction nette entre l'aire incluse et la saillie limitante.

Dans les lésions cutanées très petites, le microscope montre d'abord que leur centre peut être occupé par l'orifice d'une glande en tube ou d'une glande acineuse isolée ou d'un follicule pilaire avec une glande annexe, ou ne présenter de glande d'aucune sorte.

Au niveau de la saillie limitante on voit au microscope une rigole interpapillaire continue, en forme d'anneau, dont les parois latérales sont recouvertes d'une couche cornée compacte, et présentant un liséré de cellules à cornéification imparfaite plus ou moins épais, ininterrompu, constitué par des cellules arrondies, cornées, renfermant des noyaux se colorant bien, qui s'élève du fond de la rigole elle-même; ce liséré est plus ou moins séparé des parois de la rigole, avec lesquelles il n'a d'ailleurs pas de rapports intimes, étant souvent simplement accolé à la paroi interne et s'élevant plus ou moins au-dessus de la surface

libre. S'élevant verticalement, ondulé ou non, appuyé souvent tout autour sur la paroi interne de la rigole et s'incurvant quelque peu en dedans sur l'aire centrale de la tache, le liséré arrive à constituer une sorte de cupule à orifice central.

La couche cornée des lèvres de la rigole peut être très petite ou assez épaisse, surtout dans la partie correspondant à leur angle supérieur.

Il faut se rappeler que la lésion peut ne pas présenter de véritable rigole périphérique, l'examen microscopique dans ce cas montrant simplement l'existence du liséré déjà signalé, et également ininterrompu, reposant par places sur une petite dépression interpapillaire et en d'autres points sur une saillie papillaire de hauteur variable.

S'élevant ou non du fond d'une rigole, le liséré peut correspondre par places à des orifices glandulaires élargis, mais, dans les points correspondant à ceux-ci, on peut le voir s'élever au-dessus d'une des parois de l'orifice infundibuliforme, sans constater nécessairement de rapport avec la lumière de la portion intra-épidermique de la glande, laquelle peut même souvent être complètement oblitérée par la couche cornée compacte. Au point où s'élève le liséré, comme du reste nous l'avons dit à plusieurs reprises, dans l'étude de chaque lésion en particulier, le corps de Malpighi est modifié ainsi que le tissu conjonctif sous-jacent.

Lorsqu'il y a des orifices glandulaires dans l'aire de la tache, ceux-ci sont évasés, plus ou moins larges, oblitérés par des cellules cornées, stratifiées et compactes, sans qu'on voie parmi elles d'éléments présentant des noyaux ou des fragments de noyau pouvant se colorer.

Les lésions du tissu conjonctif sous-jacent consistent dans le développement plus considérable de la couche dermo-papillaire devenue presque verruqueuse ou bien dans l'atrophie de celle-ci, suivant le stade où est parvenue la lésion examinée.

Dans les lésions des muqueuses, le microscope nous a montré les mêmes altérations que nous avons constatées dans les lésions de la peau, et surtout dans celles du scrotum. Les éléments glandulaires peuvent manquer au niveau de ces lésions des muqueuses et, quand ils s'y rencontrent, nous n'avons pas constaté dans les orifices glandulaires d'altérations dignes d'être notées.

En passant des résultats de l'examen anatomique à l'interprétation des caractères des lésions, nous pouvons dire que, dans les lésions représentées par de très petites saillies, la partie centrale, plus ou moins saillante, est formée, du côté de l'épiderme, par la couche cornée, plus ou moins compacte, soit enfoncée dans un orifice glandulaire, soit revêtant une légère saillie papuloïde, laquelle est recouverte à son tour, sauf dans sa partie centrale et la plus élevée,

par une petite couche d'apparence cornée, constituée par des cellules à noyaux se colorant bien, et ayant l'aspect d'une calotte ; tandis que la collerette, qui habituellement ne manque pas et entoure la base de la portion centrale et saillante de la lésion, est formée par le développement principalement corné de la limite supérieure de la paroi externe de la rigole. Au contraire, dans les taches annulaires, la bordure, lorsqu'elle est petite et squamulaire, est formée presque exclusivement par le liséré de cellules à cornéification imparfaite, et, lorsqu'elle est plus développée et compacte, est formée par ce même liséré à sa partie moyenne et sur les côtés par les parois de la rigole qui sont plus ou moins accolées au liséré. Le sillon qui divise la saillie annulaire apparaît ensuite sur les lésions dont la paroi externe et quelquefois même la paroi interne (peut-être en raison de leur siège et de l'intensité du développement corné) perdent toute adhérence au liséré.

Sur les lésions de la muqueuse, la bordure, lorsqu'elle est complète (c'est-à-dire n'est pas divisée par un sillon), comme elle l'était dans les taches que nous avons étudiées histologiquement, est formée précisément par le liséré dont nous avons souvent parlé adhérant aux parois de la rigole.

Quant aux taches de la muqueuse qui ont un bord divisé en deux parties par un sillon circulaire, sans cependant présenter de liséré libre à la partie moyenne de ce sillon, quoique nous n'ayons pu faire d'examen microscopique de ces taches, il faut croire que la lèvre externe du sillon, de même que nous l'avons vu pour les lésions correspondantes de la peau, est constituée par la lèvre externe de la rigole et que la lèvre interne du sillon est constituée par la lèvre interne de la rigole et par le liséré de cellules à cornéification imparfaite qui lui est accolé.

Les taches opalines en totalité font penser que, comme les taches calleuses en totalité de la peau, elles présentent aussi un sillon qui les circonscrit, dans lequel le liséré kératosique, soit parce qu'il n'est pas saillant, soit parce que l'opacité est égale sur toute la tache, ne peut être distingué de l'aire incluse. L'opalinité de la tache est due aux cellules granuleuses qu'on y rencontre en plus ou moins grande quantité, tandis que la coloration blanche opaque du bord n'est pas due à la présence d'une couche granuleuse, mais plutôt à l'amas d'apparence cornée que nous avons décrit.

Nous avons vu que toutes les taches de la peau, à l'exception d'une seule (G), ont présenté un canal interpapillaire annulaire, toutes ont présenté le liséré annulaire de cellules à cornéification imparfaite. Avant que nous ayons fait l'examen de l'unique lésion dépourvue de canal, nous étions portés à considérer comme essentielle à la dermatose que nous étudions, l'existence du liséré kératosique et de la rigole

annulaire. Après avoir examiné cette lésion (peu importe qu'il s'agisse d'une tache développée sur une aire atrophique), nous devons croire que le processus actif essentiel est caractérisé par la formation du liséré de cellules à cornéification imparfaite, sans que la présence de la rigole soit indispensable. En réduisant ainsi le processus à sa plus simple expression, les autres altérations peuvent être considérées uniquement comme des produits de réaction, à savoir l'hyperkératose avec formation de la rigole annulaire et participation des orifices glandulaires et folliculaires, sans que tout cela représente la partie essentielle du processus. Les lésions secondaires lointaines seraient l'atrophie du tissu conjonctif, des éléments glandulaires et des follicules, précédée ou non de la dilatation kystique des tubes des glandes glomérulaires (lésion qui n'a pas été constatée dans notre étude, mais l'avait été par le professeur Mibelli et avait été représentée dans un dessin de la première publication de l'un de nous) et enfin la disparition des orifices glandulaires évasés et cornéifiés que nous savons pouvoir persister pendant longtemps dans l'aire de taches atrophiques.

En suivant mentalement dans la direction inverse la voie parcourue par le liséré annulaire et par la rigole dans leur progression centrifuge, sur une tache plus ou moins étendue, nous arriverions à avoir un liséré en forme d'anneau limitant sur toute son étendue une aire centrale très petite, punctiforme, ou, en d'autres mots, nous aurions sous les yeux une petite tache submiliaire comme celles que cliniquement nous avons considérées comme initiales. A moins que, ne considérant pas que la phase véritablement initiale du processus puisse être représentée par un liséré formant déjà anneau, il ne semble plutôt qu'on doive admettre que le véritable début est constitué simplement par une mince colonnette de cellules à cornéification imparfaite, qui peut correspondre à l'orifice d'une glande, d'un follicule, ou à un cône interpapillaire ordinaire. Dans ce cas les éléments assez petits que l'on considère ordinairement, au moins cliniquement parlant, comme les lésions initiales de l'affection, devraient déjà être regardés comme l'expression de lésions en voie d'accroissement.

Arrivés à ce point et ayant réduit le processus à sa plus simple expression, nous devons nous demander si nous sommes en état de nous prononcer d'une façon sûre sur l'origine dermique ou épidermique de l'affection.

Le professeur Mibelli et l'un de nous, ainsi que Reisner et Joseph, se sont prononcés pour l'origine épidermique ; mais, à vrai dire, notre étude actuelle et principalement l'étude des lésions au niveau des taches de la muqueuse, dans lesquelles l'infiltration dermique et le développement du corps papillaire étaient très considérables, même sur les lésions les plus superficielles, nous porte à admettre plutôt une origine dermique.

Quant à la meilleure dénomination à donner à la dermatose dont nous nous occupons, elle n'est pas facile à trouver. Indubitablement, celle de porokératose ne peut convenir, et il n'est pas besoin, après avoir trouvé des lésions sur la muqueuse et montré le résultat de nos recherches, d'exposer en détail les raisons qui militent contre elle. La dénomination qui serait préférable, au point de vue anatomique, serait celle qui indiquerait la caractéristique essentielle du processus, à savoir la formation de la colonne et consécutivement du liséré spécial de cellules à cornéification imparfaite. Cliniquement, une dénomination qui, dans les limites du possible, donnerait une idée obective de l'affection, serait celle d'*hyperkératose figurée centrifuge atrophiante*.

CONCLUSIONS

1° *Cette singulière affection, outre ses manifestations cutanées, peut présenter des manifestations sur la muqueuse buccale, qui reproduisent exactement le type des manifestations cutanées.*

2° *En raison de ses caractères spéciaux et constants, tant cliniques qu'anatomiques, elle doit être considérée comme une entité morbide particulière. On ne peut la confondre avec le lichen de Wilson, qui sous quelques rapports semble être la dermatose qui s'en rapproche le plus, et on ne peut en aucune manière la ranger dans le groupe des ichtyoses.*

3° *La dénomination qui nous semble le mieux lui convenir, pour résumer, au moins au point de vue clinique, les caractères principaux de la dermatose, est celle que nous avons proposée plus haut, d'hyperkératose figurée centrifuge atrophiante.*

HISTORIQUE

Le professeur Majocchi, bien qu'il n'ait fait aucune publication sur ce sujet, fut le premier à observer en 1885, chez un nommé Richard Boz..., âgé de 15 ans, originaire de Parme, un cas de cette affection, qu'il présenta à ses élèves sous le nom de *dermatose ichtyosiforme hystrix et linéaire* et fit faire de l'avant-bras droit du malade une photographie, dont il laissa une épreuve à l'Institut dermosyphilopathique de l'Université de Parme, dont il était directeur à cette époque.

Pendant les sept années suivantes (jusqu'en 1892, époque à laquelle il passa à la direction de la Clinique de Bologne), il observa 4 autres cas, chez des sujets originaires de Parme.

En 1893, l'un de nous (le Dr E. Respighi, qui était précédemment assistant du professeur Majocchi, et avait été chargé pendant quelques mois de la Clinique dermosyphilopathique de Parme, et qui est ensuite venu à Pise comme aide), et le professeur Mibelli (qui lui

avait succédé à la direction de la même Clinique de Parme) ont publié simultanément une étude sur cette affection (**1**). Le professeur Mibelli avait eu l'occasion d'étudier deux des malades déjà observés par le professeur Majocchi et d'en examiner un autre, également de Parme ; le Dr Respighi avait étudié les 5 malades (qu'il connaissait déjà depuis quelques années) déjà observés par le professeur Majocchi, et en outre 2 autres, qu'il avait observés ultérieurement, originaires l'un de Pise, l'autre des environs de Parme.

Deux de ces malades (R. Boz..., L. Fol...), figurant dans les publications de ces deux auteurs, il ne peut y avoir de doute que c'est bien la même maladie qu'ils ont observée tous les deux.

Le professeur Mibelli (**1**, **3**), après avoir donné une observation détaillée d'un de ses malades (Boz...), décrit succinctement les lésions des deux autres, particulièrement du troisième pour lequel il n'indique pas toutes les régions atteintes par la maladie (de sorte qu'il ne décrit ni les lésions du scrotum, ni celles du tronc, ni celles du pli sus-unguéal du gros orteil gauche avec altération de la portion moyenne de l'ongle), et s'exprime ainsi dans son chapitre Nosologie : « La maladie..... se présente avec des caractères objectifs si nettement caractérisés, qu'on peut les considérer, par analogie avec ce que l'on peut faire dans l'étude des dermatoses plus communes, comme autant de lésions élémentaires, lésions élémentaires kératosiques, en forme de taches saillantes ou aplaties, de dimensions variées, de forme irrégulière et limitées à la périphérie par une collerette ou une bordure sinueuse, continue, au sommet de laquelle on trouve une mince lamelle cornée linéaire. »

Nous croyons cependant nécessaire, pour rendre avec une entière fidélité la pensée de l'auteur, de reproduire toutes les expressions qu'il a employées pour décrire ces lésions élémentaires kératosiques. C'est ainsi qu'il leur donne les noms de taches verrucoïdes, de taches, de lésions. Il les trouve de couleur jaunâtre, jaune sale, jaune-brun, brun-rosé, rosée, rosé blanchâtre, blanc sale, rouge-brun, rouge foncé tendant au violet, un peu plus brune, peu différente de la couleur de la peau saine ou semblable à celle-ci, — de forme irrégulière, — de dimensions semblables à celles d'un grain de chènevis, d'une lentille, d'un petit pois, de la dimension d'une pièce de 50 centimes ou de un franc (en d'autres passages, il leur donne comme dimension 4, 5, 6 millimètres, 1-2 centimètres) ; exception est à faire pour la première observation dans laquelle une tache est plus large que tout le côté de l'extension d'un avant-bras ; — peu ou très saillantes et aplaties, quelques-unes soulevées en totalité comme des callosités ; — à centre couvert d'épiderme corné et inégal, rugueux ou lisse, poli, mince, à centre déprimé, aplati ou en forme d'écuelle, sans orifices folliculaires, sans poils ou avec poils rares et minces, sans squames ni

croûtes, sans traces de sécrétion ; avec exagération des plis cutanés ; — à bord constitué par une collerette brune, linéaire, sinueuse, continue, plus ou moins saillante, ou très petite, sèche, inégale, presque coupante, sur quelques taches au contraire en pente douce, ou manifestement constitué par un bourrelet ou une bordure bien développée, en forme de section de cône (haut de 2 millimètres, large de 3 millimètres à la base), portant à son sommet une petite crête blanchâtre sèche, tranchante, d'aspect corné ; le bourrelet a un contour sinueux, quelquefois très découpé, irrégulier, de couleur rosée tendant au violet.

Sur une seule tache, occupant le dos du nez du sujet de la première observation, l'auteur constate de minces arborisations veineuses, qui traversent la tache et se voient aussi en dehors d'elle.

Il fait en outre remarquer que, au centre de quelques taches, il y a des soulèvements blanchâtres, coniques, acuminés, d'aspect corné, durs, ressemblant à des pointes d'épingle (correspondant à des orifices folliculaires sur quelques taches du cuir chevelu chez le deuxième malade), ou coniques, plus larges, à sommet tronqué, ou bien il y a quelques îlots à mince collerette, d'un blanc sale.

Chez le deuxième malade (sur le dos des doigts) l'auteur note entre autres : 1° quelques taches plus accentuées, coniques, également pourvues d'une bordure en forme de digue mais dont le centre est tout entier occupé par une saillie cornée, en forme de cône tronqué : elles ressemblent au premier abord aux verrues dures des mains et sont environnées d'une gaine cornée lamellaire, analogue à la petite crête qui surmonte l'ourlet des autres taches. Il y en avait même sur le sillon unguéal des deuxième et cinquième doigts de la main droite (il n'est pas dit s'il y a des altérations des ongles).

Toutes les taches, même les taches superficielles et petites, donnent au toucher la sensation de râpe et sont appréciables en raison de leur rugosité nettement circonscrite.

Au sujet du siège des lésions, l'auteur s'exprime ainsi : « Ces lésions occupent principalement la face dorsale des mains et des pieds (jamais la paume des mains et la plante des pieds), les surfaces d'extension des membres supérieurs et inférieurs (avant-bras et jambes), exceptionnellement les surfaces de flexion et la partie voisine des membres ; elles atteignent également le cou, la face et le cuir chevelu. »

A propos du deuxième malade seulement, il dit : « Les altérations qui viennent d'être décrites ne provoquent actuellement et n'ont jamais provoqué le plus petit trouble subjectif. »

Le début de la maladie fut remarqué par les parents du premier malade quand celui-ci était âgé de deux ans et n'a été ni précédé ni accompagné d'aucun trouble.

Pour ce qui concerne le mode d'apparition des lésions et leur marche, il dit dans l'observation du premier malade : « Les lésions mentionnées sur le dos des mains se sont manifestées d'abord, d'après le récit du malade, par une petite saillie conique, sèche, qui s'est agrandie lentement, d'une façon centrifuge et en même temps s'est aplatie à son sommet et s'est entourée d'une petite collerette saillante qui a pris ensuite un plus grand développement et s'est étendue inégalement par sa périphérie. » La grande aire, qui s'étend du dos de la main droite au coude, a débuté il y a deux ans sous la forme d' « un petit disque isolé sur le dos de la main... » qui « s'est étendu lentement et en trois ans est arrivé à occuper toute cette région ». « Celles de la face se sont traduites à leur début par une légère rudesse de la peau et semblent résulter de la confluence de petites saillies acuminées; dans la suite elles se sont mieux individualisées par suite de la présence d'un mince ourlet périphérique. »

A intervalle de plusieurs années apparurent de nouvelles taches sur les membres supérieurs. Les premières taches de la face et du cou se montrèrent en grand nombre au voisinage de la puberté, plutôt d'une façon rapide. Toutes les taches se sont ensuite plus ou moins étendues. La plus grande partie, au moment de l'examen, n'avait plus subi de changement depuis quelques années ou depuis un grand nombre d'années.

« La bordure qui limite la grande aire... tend à s'abaisser depuis quelques années et sur quelques taches il semble qu'elle arrive à disparaître lentement sans aucun traitement.

« Une tache apparue vers l'âge de 8 ans... a commencé spontanément à disparaître et s'est rétrécie (?) très lentement, de sorte qu'à l'âge de douze ans il n'en restait plus trace. »

Pour le deuxième malade, l'auteur dit que toutes les taches se sont développées très lentement. Les taches sont apparues d'abord sur le cuir chevelu, puis sur les mains, les avant-bras et en dernier lieu sur les membres inférieurs.

L'observation du troisième malade est très sommaire.

Il n'est pas fait mention de lésions sur les muqueuses.

L'étude histologique a porté sur des fragments de peau excisés pendant la vie sur le dos des mains et des poignets du premier et du deuxième malade : chez l'un une tache annulaire remontant à dix ans, très kératosique, un fragment de tache annulaire plus récente peu kératosique, une tache verrucoïde remontant à deux ans, un fragment de la bordure de la grande aire ; chez l'autre, une lésion très saillante et kératosique; les fragments excisés ont été fixés dans l'alcool ou le liquide de Flemming, et inclus dans la celloïdine ou la paraffine : les coupes ont été colorées avec les diverses préparations de carmin, à l'hématoxyline lorsqu'elles avaient été fixées dans

l'alcool, ou avec la safranine lorsqu'elles avaient été fixées par le liquide de Flemming. Sur une portion d'une tache, on fit aussi des coupes horizontales.

Les altérations principales portaient sur l'épiderme et spécialement sur la couche cornée et consistaient en : augmentation de l'épaisseur de cette couche atteignant ses quatre étages (les deux couches colorées par l'acide osmique étaient très nettes même dans les régions où dans les conditions normales il n'y en a qu'une seule), stratification plus abondante de cellules cornées peu serrées entre elles, situées au-dessus de la couche compacte superficielle (avec protoplasma granuleux et traces de noyaux). Cette augmentation s'est faite surtout aux dépens de la couche moyenne. Dans les taches verrucoïdes et kératosiques, la couche cornée est presque uniformément hypertrophiée dans toute l'étendue de la lésion, tandis que dans les taches annulaires elle est plus prononcée sur la bordure et au niveau de quelques-unes des saillies cornées qui existent aussi au niveau du centre de la lésion ; au centre, tous les étages de la couche cornée, spécialement le stratum lucidum et la zone noire supra-basale, s'abaissent considérablement entre les cônes malpighiens allongés et élargis, ce qui s'observe du reste sur quelques points de la surface des lésions verrucoïdes et kératosiques, que l'auteur a examinées, et ce qui, selon lui, « ne se voit que dans les prolongements malpighiens glandulaires en suivant le trajet épidermique des conduits sudorifères ».

Au niveau de la saillie périphérique, la couche cornée est énormément augmentée d'épaisseur ; ses couches inférieures s'abaissent en entonnoir vers le derme, tandis que ses couches superficielles s'élèvent plus ou moins au-dessus du plan cutané ; le long de l'axe de la figure biconique ainsi formée, se trouve une épaisse couche de substance cornée provenant du corps de Malpighi avec lequel elle se confond jusqu'au delà de la surface libre, dont elle émerge comme un panache.

Ce tractus est nettement distinct de la couche cornée du voisinage, dans laquelle il semble plongé et fiché comme un bouchon, et paraît constitué par des lames superposées, à noyaux cellulaires réduits de volume, ovales, se colorant bien ; il peut décrire une ligne sinueuse ou spirale, et présenter aussi par places comme des espaces libres en forme de canaux, et sur quelques préparations se continuer nettement avec un conduit sudorifère en transformation cornée, tandis qu'il représente la section d'un liséré continu qui suit la bordure (coupes horizontales) et que, dans le fond du cône, il peut correspondre à un soulèvement papillaire pourvu de gros vaisseaux comme s'il s'agissait de sa papille nutritive.

De ces constatations l'auteur se croit autorisé à conclure que

« cette espèce de bouchon..... résulte d'une transformation cornée précoce du conduit sudorifère dans la partie la plus basse de son trajet intra-épidermique, et d'une production exagérée de substance cornée imparfaite dans son trajet intra-corné, aussi bien autour de lui qu'à son intérieur, ce qui en rétrécit la lumière et finalement l'oblitère complètement ».

Dans les saillies cornées de l'aire centrale des taches annulaires, et dans la tache verrucoïde, le même processus se reproduirait. Il n'a pas trouvé de glandes acineuses ni de follicules dans les taches, mais en a vu en voie de cornéification à la périphérie et il admet que ces glandes et ces follicules y ont subi la même altération kératoïde, mais se sont ensuite atrophiés d'une façon précoce, tout au moins les glandes et les follicules peu développés, et il rappelle à ce sujet que des poils normaux peuvent exister à l'intérieur des taches atrophiques. Il a trouvé dans la tache verrucoïde, la couche de Malpighi augmentée du double ou du triple (et la couche granuleuse formée de 5, 7 et 8 séries de cellules), descendant en longues digitations simples pour la plupart, coniques mais minces, tandis que dans cette même tache la couche cornée descend jusqu'à l'extrémité profonde de quelques larges cônes interpapillaires (et ceux-ci se continueraient exclusivement avec un conduit sudorifère), de même que sur la bordure des taches annulaires; dans ces points, le corps de Malpighi et la couche granuleuse sont comprimés et beaucoup plus minces, l'une n'ayant plus ses cellules typiques, l'autre étant constitué par des formes cellulaires de transition.

Dans la tache kératosique où l'hyperkératose atteint son maximum de développement, l'auteur constate également de nombreux cônes malpighiens longs et ramifiés, qui ne sont pas envahis profondément par la couche cornée, mais il n'y a pas de véritable couche granuleuse et les cellules de la couche épineuse sont aplaties dans le sens de la surface cutanée ou diminuées de volume et étirées suivant l'axe du cône.

De ces constatations, l'auteur conclut que l'hyperkératose est précédée par l'hyperacanthose.

Il signale une forte dilatation des vaisseaux des papilles et du derme sous-papillaire, une légère infiltration périvasculaire du tissu conjonctif sous-papillaire et même du tissu réticulaire, avec forte infiltration au-dessous de la bordure, mais sans que les espaces inter-épineux soient envahis et sans qu'il y ait d'exsudation dans le corps muqueux.

En ce qui concerne l'aire centrale, l'auteur note les caractères ordinaires de l'atrophie et il insiste plus spécialement sur l'atrophie des tubes et des glomérules avec dilatation kystique préalable, tous caractères secondaires au processus kératosique sus-jacent et à l'occlusion des orifices glandulaires (pores sudorifères).

En ce qui concerne les sièges de prédilection de la maladie, il signale les extrémités des membres et la tête. Il dit que la maladie n'est pas accompagnée de phénomènes subjectifs et qu'elle a une marche très lente, tant dans l'évolution de ses diverses taches que dans son ensemble, que quelques lésions peuvent disparaître et que les fragments de taches excisées peuvent se reproduire.

La maladie débute dans la première et la deuxième enfance ou même à un âge avancé ; elle peut se présenter chez plusieurs membres de la même famille sans être héréditaire. Le caractère particulier de son processus anatomique et clinique consisterait dans la kératose spéciale des orifices des glandes tubulaires. L'auteur place la maladie dans les affections d'origine épidermique.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel, l'auteur fait noter que la maladie doit être distinguée :

a) Des *akrokératomes*, parce qu'elle ne se limite pas aux extrémités, qu'elle a des lésions *sui generis*, et qu'on ne peut démontrer qu'elle ait pour origine un processus inflammatoire.

b) Du *lichen de Wilson*, parce qu'il y a des différences cliniques et histologiques entre les lésions élémentaires des deux affections, quoiqu'on trouve fréquemment dans le lichen des papules petites (jeunes) avec ombilication centrale punctiforme (qui ne doit pas être confondue avec l'ombilication considérable des papules plus anciennes) qui, selon quelques auteurs, serait due à la chute d'un cône corné implanté dans l'orifice d'une glande sudoripare, car en fait, on rencontre, au « milieu d'un grand nombre de ces petites papules, un conduit sudoripare, dont l'orifice serait dissimulé par une couche cornée un peu épaissie ».

c) De la *kératodermie érythémateuse symétrique des extrémités* (à forme ponctuée, variété de kératose limitée à l'ostium sudorifère, mais qui occupe uniquement la paume des mains) de E. Besnier, du cas de kératodermie symétrique palmaire de Brocq, du cas analogue de Hallopeau et Claisse, toutes lésions qui n'ont pas été l'objet d'examens microscopiques.

Pour la grande tache du premier de ses malades, l'auteur évoque le diagnostic différentiel avec *l'ichtyose linéaire* ou *nævus kératosique systématisé*.

Il est très porté à admettre que la maladie dont il s'occupe représente un trouble de l'évolution de l'épiderme, quoiqu'il n'exclue pas à priori la possibilité d'une origine parasitaire ou d'un trouble de la sécrétion de la sueur ; et en raison de l'altération kératosique des canaux sudorifères, qu'il considère comme spéciale et caractéristique, il donne à l'affection le nom de « porokératose ».

Le Dr Respighi, dans la partie clinique de son étude (**1** et **4**) dis-

tingue cinq formes de lésions cutanées : a) saillies papuloïdes miliaires ou submiliaires avec panache corné ou dépression punctiforme centrale ou petit point d'apparence comédonienne, ou poil follet ou poil adulte; b) saillies du volume d'un grain de chènevis et lenticulaires, en forme de calotte, lisses ou verruqueuses ; c) saillies des mêmes dimensions que les précédentes, ou en gouttes ou nummulaires, à aire centrale déprimée, cornée avec une bordure également cornée simple ou divisée longitudinalement par un sillon plus ou moins marqué, du fond duquel s'élèvent des panaches de petites squames ; d) taches nummulaires à aire centrale légèrement cornée ou presque cornée, d'apparence normale ou avec lésions d'atrophie plus ou moins prononcée, et avec un bord continu, plus ou moins développé, calleux, présentant le plus souvent un sillon longitudinal, et avec panache de squames ou liséré corné continu s'élevant du fond du sillon. La saillie marginale était quelquefois constituée par des saillies distinctes analogues aux saillies papuloïdes miliaires décrites plus haut ; e) saillies conoïdes, à éperon, cornées. L'auteur note l'absence habituelle de couronne hyperhémique autour des lésions cutanées, parfois l'hyperhémie de l'aire centrale, la pigmentation périphérique de celle-ci, la distribution des lésions sur les deux moitiés du corps sans véritable tendance à la symétrie, l'absence de localisation sur des territoires nerveux, la prédominance des lésions sur la tête, sur le dos des mains et des pieds, sur les avant-bras du côté de l'extension, sur les jambes, sur les organes génitaux, au périnée, leur siège assez fréquent autour des ongles avec envahissement du lit et déformation de l'ongle, l'absence de lésions des muqueuses, la marche centrifuge, mais inégalement rapide dans les différents points de sa périphérie, de chaque lésion en particulier, la chute de l'amas corné de l'aire centrale, la possibilité de la confluence des lésions avec extinction du processus au niveau des points de jonction, l'arrêt de leur développement à des âges variables, la très grande lenteur de leur accroissement, le plus grand développement des lésions cornées dans les points de plus forte pression et là où elles sont soumises à des causes de distension, au-dessus des os par exemple, la persistance de l'affection pendant toute l'existence, sa prédominance dans le sexe masculin, son apparition à des âges variables, son existence chez plusieurs personnes de la même famille.

Au point de vue anatomique et dans les lésions initiales et sur la partie saillante périphérique des taches annulaires, l'auteur a constaté tout d'abord le développement accusé de la couche cornée, en particulier dans son étage moyen, ses dépressions en cônes très larges, spécialement dans les points correspondant aux orifices glandulaires, où on peut la voir pénétrer quelque peu dans la portion intra-dermique du conduit des glandes sudoripares et jusqu'au corps des glandes acineuses ; il a constaté également la constitution

spéciale de cette couche cornée dans la partie médiane de ces larges cônes, sous la forme de colonne verticale ou oblique, rectiligne ou ondulée, composée de cellules cornées à petits noyaux se colorant bien par le carmin et par la safranine ; cette colonne se distingue bien des cellules cornées qui l'entourent (canal), lesquelles ne prennent pas les matières colorantes ; elle s'élève plus ou moins au-dessus du niveau de la surface libre de la peau (panache corné ou liséré). Il relève également en ces points l'amincissement de la couche granuleuse, qui est réduite à 1 ou 2 rangées de cellules, discontinue, et formée de cellules à petits noyaux et à granulations peu nombreuses, petites, se colorant mal ; l'absence de véritable stratum lucidum homogène, qui est formé au contraire de cellules à granulations se colorant mal ; l'amincissement de la couche épineuse, dont les cellules sont d'ailleurs régulières, se colorent bien, avec quelques rares éléments en karyokinèse ; l'augmentation de longueur des papilles latérales séparées par de larges cônes épidermiques, augmentation de longueur due principalement à l'abaissement de leur plan basal ; le grand développement des glandes acineuses intéressées, la dilatation kystique localisée de quelques tubes des glandes sudoripares, l'augmentation de nombre des cellules fixes et l'infiltration de petites cellules dans les papilles, dans la couche sous-papillaire et, à un moindre degré, dans la couche périglandulaire, la dilatation vasculaire parfois assez prononcée.

En ce qui concerne l'aire centrale de quelques taches examinées, l'auteur a constaté la réduction du corps papillaire, la disparition ou la diminution accentuée du volume des grands cônes épidermiques, le retour à l'état normal de l'épiderme et en particulier des couches cornée et granuleuse (dans les saillies initiales et dans les saillies annulaires très modifiées), l'atrophie des glandes acineuses et glomérulaires, la diminution du nombre des cellules fixes et des cellules d'infiltration, la formation de cellules conjonctives pigmentaires, l'aspect plus compact du tissu cellulaire, en un mot des signes de sclérose et d'atrophie.

Il a cru devoir admettre pour cette affection une origine épidermique, débutant principalement au niveau des orifices glandulaires, et a émis l'hypothèse qu'elle pouvait relever d'une cause soit nerveuse, soit parasitaire. En raison des caractères cliniques et anatomiques, il n'hésite pas à la considérer comme une entité morbide spéciale, une *hyperkératose non encore décrite*, à progression excentrique, ou mieux centrifuge, à lésions prédominant au niveau des orifices glandulaires.

Le professeur Tommasoli, dans une revue critique sur les travaux précédents (**5**), publiée quelques mois plus tard, quoiqu'il n'ait jamais

eu l'occasion d'observer aucun cas de cette affection, pensa qu'elle reproduisait les caractères de l'affection décrite par Neumann sous le nom de *dermatite circonscrite herpétiforme*, affection qui, on le sait, a été reconnue par son auteur lui-même constituer une variété de lichen de Wilson. Tommasoli placerait l'affection dans la catégorie des pseudo-lichens, auprès du pseudo-lichen atrophiant, et proposerait pour elle le nom de *pseudo-lichen circiné porokératosique.*

En réponse à cette critique, le professeur Mibelli (5) insiste sur les caractères cliniques et histologiques, qui différencient essentiellement l'affection décrite par lui et par Respighi de la dermatite circonscrite herpétiforme de Neumann (lichen de Wilson), sans, du reste, présenter un tableau complet du lichen dans ses diverses variétés, en particulier de la variété à taches annulaires (qu'il ne signale pas) et sans exposer le tableau anatomique, mais en se bornant à ce point de vue à signaler les lésions kératosiques qui occupent les orifices des glandes en tubes. Dans ce travail, il n'apporte pas d'observations nouvelles, mais expose l'examen histologique de 3 nouvelles lésions enlevées au premier de ses malades, toutes 3 de petites dimensions, de date assez récente, car elles ne remontaient qu'à peu de mois. Cependant la plus petite de ces lésions ne fut pas examinée microscopiquement quand elle se présentait uniquement sous la forme d'un petit aiguillon corné ; à ce moment le petit aiguillon fut simplement arraché et on constata qu'il s'enfonçait dans une digitation infundibuliforme. Le professeur Mibelli crut pouvoir affirmer qu'il obstruait une glande en tube, parce qu'il s'élevait au centre d'un losange cutané et que l'examen microscopique montra qu'il ne contenait pas de poil. Au contraire, l'examen de cette lésion fut fait quelques mois plus tard, quand elle avait pris la forme annulaire comme les autres. Au sujet de l'anneau, il décrit pour toutes les taches les lésions anatomiques qui ont été rencontrées précédemment, sans cependant dire combien d'orifices glandulaires on trouve sur toute l'étendue du sillon de chaque lésion et sans dire si l'aire centrale, où le processus a débuté, contenait ou non un orifice de glande en tubes. Il déclare néanmoins d'une façon explicite que chaque efflorescence, à son stade initial de développement, est représentée par un petit clou corné enfoncé dans un orifice cutané glandulaire (pore sudorifère). Outre cette affirmation, qui constitue le point culminant de la question, on ne peut attribuer l'importance que lui accorde le professeur Mibelli à l'extension aux parties avoisinantes du processus observé au niveau de l'orifice des glandes en tubes ; en effet, ce processus, en s'étendant par continuité, (le liséré de cellules à cornéification imparfaite est en effet continu) doit nécessairement les atteindre secondairement.

Quant à l'étiologie, avec plus de détails, il caresse de nouveau

l'idée que le processus peut tirer son origine de modifications dans les qualités de la sueur (sans du reste recourir à l'hypothèse de la présence de toxines) qui altèrent primitivement l'épiderme des tubes au voisinage de leur orifiçe, et quelques examens faits par quelques auteurs dans des cas d'ichtyose avec localisation spéciale au niveau des pores sudorifères l'ont convaincu davantage que « c'est du côté de l'ichtyose (*dans son sens le plus large*) qu'il faut se tourner si on veut trouver pour ses observations la place qui leur convient le mieux dans les classifications dermatologiques ».

Ultérieurement, le Dr Respighi ayant eu l'occasion d'observer un huitième cas de cette affection (celui du sujet de l'observation XI du présent mémoire, R. Sim...) publia un nouveau travail intitulé *Sulla Ipercheratosi eccentrica*. En substance, au point de vue clinique, il rapporte que dans ce cas il a à regretter l'absence de lésions à leur début et que sur la plante des pieds quelques lésions, qui pouvaient sembler être des callosités vulgaires, furent reconnues appartenir à la maladie, après avoir été débarrassées, au moyen d'un rasoir, d'une partie de la couche cornée, artifice qui a permis de rendre manifeste le sillon annulaire. Au point de vue anatomique, il a constaté qu'il peut exister dans l'aire centrale de larges cônes épidermiques avec des bouchons et des perles cornés, ainsi que de longues traînées en forme de cordons cornés, qui appartiennent à la bordure annulaire et ne sont pas en rapport avec une glande.

Dans cette étude, le Dr Respighi a fait aussi quelques essais de recherches dans le sens d'une cause parasitaire, mais sans aucun résultat, à moins qu'on ne veuille donner de l'importance à ce fait qu'une tache sublenticulaire, transportée sur une solution de continuité chez le sujet qui en était porteur, a persisté avec ses caractères. Mais il reste toujours cette constatation qu'on n'a trouvé ni par l'examen direct ni par les cultures aucun micro-organisme qui puisse faire émettre même un léger soupçon de relation avec l'affection et que les taches, transportées sur des plaies chez d'autres sujets, sont devenues adhérentes comme des greffes dermo-épidermiques mais en perdant leurs caractères essentiels.

En se basant sur les données cliniques et anatomiques, il revient brièvement sur la dénomination de l'affection pour déclarer qu'il ne peut accepter celle de porokératose, laquelle ne répond pas rigoureusement aux lésions anatomiques, et n'a pas de signification clinique.

Il n'accepte pas l'hypothèse du professeur Mibelli d'après laquelle le processus peut être dû à une altération de la sueur.

En réponse à ce travail, le professeur Mibelli publie un article (7) dans lequel, sans cependant rapporter de cas nouveau ni d'examen

d'autres lésions, il insiste sur l'interprétation qu'il a déjà donnée des constatations anatomiques et sur la dénomination de porokératose, en reprochant, ce qui est juste, au Dr Respighi la qualification d'*excentrique* donnée à cette hyperkératose, qualification à laquelle il préfère celle de *centrifuge*.

A l'occasion de la réunion de la Società Italiana di dermatologia e sifiligrafia, tenue à Rome en octobre 1895, le Dr Respighi résuma la description clinique et anatomo-pathologique, l'étiologie et la pathogénie de la maladie en question, se contentant de l'appeler *singulière hyperkératose* (**8**). Dans cette note, il ajoutait trois nouvelles observations (dont l'une est rapportée avec plus de détails dans le présent mémoire, celle de Pierre Petr...) et présentait différentes photographies et préparations microscopiques.

Dans la même séance, le professeur Mibelli répondit en confirmant les vues qu'il avait déjà exprimées dans les travaux précédents et en conservant la dénomination de porokératose. D'un autre, côté le professeur Majocchi, tout en admettant que l'hyperkératose des pores glandulaires, est le fait culminant et plus fréquent de l'hyperkératose folliculaire, ne croit pas que cette dénomination soit satisfaisante, parce qu'elle n'est pas clinique ; il considère toujours l'affection comme une variété d'ichtyose dans laquelle on voit prédominer l'hyperkératose des pores glandulaires. Cependant il n'affirme pas que chacune des lésions de cette hyperkératose ait pour origine un orifice des glandes en tubes, n'ayant pas eu l'occasion de faire des recherches à ce sujet.

Enfin dans le rapport sur « L'etiologia e le varietà delle cheratosi » (**9**) qu'il devait présenter au Congrès international de dermatologie de Londres (août 1896), le professeur Mibelli donne un court résumé clinique et anatomo-pathologique de la maladie en question. Et à propos de la collerette ou bordure, tandis que dans ses précédentes publications il indique seulement qu'elle porte à son sommet une petite crête blanchâtre, sèche, tranchante, il ajoute dans cette communication que, au niveau de la bordure, « sur sa crête il se dessine nettement un très mince sillon parallèle à cette bordure et que ce sillon est occupé par une mince lame cornée presque continue ». Il dit aussi que la bordure présente toujours ces caractères et que la lamelle continue, en anneau fermé, d'apparence cornée, renfermant de nombreuses granulations et de nombreux noyaux qui se colorent fortement, a, d'après lui, par places une disposition en spirale, ce qui, ajouté au fait qu'on y observe de place en place des orifices arrondis et à cet autre fait que, de temps en temps, après une longue série de coupes, on voit le cône épidermique se continuer inférieurement avec

un conduit sudorifère dans son trajet intradermique, le porte à conclure que le liséré « correspond au passage, dans la couche cornée, d'un canal sudorifère dont les parois atypiquement cornéifiées ont réduit ou oblitéré la lumière, en même temps qu'elles déterminaient la rétention de la substance cornée atypique ».

Il ajoute que « au centre des taches on trouve souvent des lésions kératosiques des conduits sudorifères, qui revêtent le même type, bien qu'en général elles soient moins développées que celles de la bordure, de sorte qu'on peut reconstituer les premières phases de cette altération plus grave qui conduit également à la production de la lamelle cornée de la bordure phéripliérique ».

Remarquons que les lésions kératosiques glandulaires (et il peut aussi y en avoir de non glandulaires) de l'aire incluse des taches pourraient constituer le début de taches nouvelles, mais pourraient aussi être le reliquat de la bordure, qui s'est étendue à sa périphérie, tandis que le processus entrait en résolution dans les parties primitivement envahies. Le plus grand nombre des lésions kératosiques interpapillaires, glandulaires ou non, qui occupent l'aire centrale, ne renferment pas de colonne kératosique constituée par des cellules à noyaux se colorant bien ; ils ont une couche cornée plus uniforme et, par suite, pourraient représenter le reliquat plutôt que le début du processus, qui devrait avoir pour premier caractère apparent au niveau de l'épiderme la formation d'une colonne kératosique dont l'extension centrifuge a pour résultat la formation du liséré annulaire.

Le professeur Mibelli dit de plus que des recherches ultérieures l'ont convaincu que « le cône kératosique ne se trouve jamais dans un orifice folliculaire, mais bien dans un pore sudorifère immédiatement voisin », et que le cône kératosique qu'on peut trouver dans l'orifice folliculaire, « par la façon dont il se comporte vis-à-vis des matières colorantes, par sa structure, par sa forme et son développement, n'a rien qui ressemble à celui qui s'accumule dans le pore sudorifère ».

Le Dr Respighi, déjà dans sa première publication, avait noté la présence de cônes kératosique identiquess dans les orifices des glandes en tubes et des glandes acineuses, sans que le cône kératosique de l'orifice d'une glande acineuse provienne par diffusion de celui de l'orifice d'une glande en tube. Dans sa deuxième publication, il note également la présence de cônes larges et indépendants des orifices glandulaires. Dans le présent travail, outre que nous démontrons d'une façon indiscutable que non seulement la peau mais les muqueuses aussi peuvent être atteintes (ce qui diminue toujours davantage l'importance des glandes sudoripares dans la production du processus morbide), nous établissons d'une façon certaine,

en ce qui regarde la bordure des taches, la continuité (déjà admise par le professeur Mibelli et par l'un de nous) du liséré kératosique et du canal dans lequel il s'insère et qui dans toute son étendue (ainsi qu'on peut le constater sur des coupes rigoureusement en série) peut contenir un seul orifice glandulaire, ou n'en pas contenir un seul; pour ce qui regarde le début des lésions, nous démontrons dans ce même travail que le processus peut prendre naissance même dans des points qui ne correspondent pas à des glandes, aussi bien sur la peau que sur la muqueuse.

B. Hutchins (**10**) donne la relation purement clinique d'un cas observé par lui dans lequel il existait une tache occupant la région zygomatique gauche et quatre taches sur la main gauche, quelques-unes de ces dernières occupant en partie la région palmaire. Ces taches étaient irrégulières, de largeur d'une pièce de 5 cents en nickel à celle d'un quart de dollar, constituées par : 1° une aire centrale d'aspect normal ou cornée, lisse ou à très fines squames, avec ou sans saillies miliaires, plus ou moins nombreuses, avec quelques rares saillies verruqueuses, ou déprimée, légèrement atrophique, avec des poils normaux ou cassés, ou blancs, avec de légères télangiectasies (sur le visage) ; 2° un bord irrégulier, ondulé, corné, continu ou interrompu par places, très peu ou légèrement saillant, jaunâtre, de coloration jaune semblable à celle d'un cor, présentant ou non un sillon très étroit, avec un mince liséré central corné, jaunâtre ou brun, qui occupe sa partie moyenne de façon à le diviser en deux parties, et qui n'atteint pas le niveau du bord supérieur du sillon. Dans ce sillon, il a vu, en outre, des concrétions épidermiques brunâtres, blanc jaunâtre, rondes, de la dimension d'un grain de millet ou plus petites, qui peuvent être saillantes ou des poils généralement normaux.

L'auteur indique en outre la présence chez son malade d'une saillie cornée unique du volume d'une tête d'épingle, qui était apparue dans l'intervalle de deux examens (deux ans et demi) et qu'il croit devoir considérer comme une lésion initiale.

Il n'indique pas si les muqueuses externes sont intéressées par l'affection.

Le malade avait remarqué l'absence de transpiration sur les taches et seulement un léger prurit intercurrent.

La maladie avait commencé à l'âge de 2 ans, sur la face palmaire du deuxième espace interosseux, par une saillie analogue à une verrue. Personne dans la famille n'aurait présenté la même affection. Il n'a pas été fait d'examen microscopique.

A. Reisner (**11**) dans son travail donne d'abord l'observation des

lésions constatées chez sa malade et qui peuvent se résumer de la façon suivante : Lésions variant de la dimension d'une pointe d'épingle à celle d'une pièce de 1 mark. Parmi les plus petites, qui sont aussi les moins nombreuses, quelques-unes ont une dépression punctiforme centrale, une ombilication, d'autres sont comparables aux papilles filiformes de la langue, hautes au maximum de 3 millimètres, et larges de 4 à leur base ; celles-ci ne sont pas traversées par des poils, sont souples, rugueuses, d'une dureté cornée, comme enfoncées dans la peau, ne s'arrachent qu'en les tirant avec force, ou présentent à l'extérieur un manteau corné qui ne tombe pas facilement. Les plus grandes taches se présentent au contraire sous forme de callosités, ou sont discoïdes, plates, et celles-ci sont constituées par un ourlet élevé ou un rempart jaune gris, un peu transparent dans les régions qui sont soumises à des lavages répétés, uniforme ou inégal, ou formé de grains séparés, sec et dur; et par une aire incluse, située au niveau de la peau saine environnante, ou déprimée et atrophique ou encore saillante, de couleur jaunâtre plus intense que l'ourlet, uniforme ou irrégulière, rendue rugueuse par la présence de petites proéminences isolées ou disposées en série, analogues à celles qui constituent l'ourlet sur quelques taches, ou par la présence de saillies linéaires et annulaires (taches incluses dans la première et développées successivement). L'aire est constamment sèche, n'est jamais le siège de transpiration, même après l'usage de la pilocarpine.

Les lésions ne présentent pas de signes d'inflammation, si on en excepte quelques-unes occupant les surfaces découvertes du corps, dont le fond est généralement rouge, tandis que les autres se différencient à peine de la peau avoisinante. Quelques-unes des taches du visage sont traversées par des vaisseaux sanguins dilatés, lesquels du reste se voient également en dehors des taches. Les plus grandes, qui sont les plus nombreuses et ont une forme polycyclique, seraient nécessairement formées par plusieurs taches plus petites. Le rempart uniforme serait originairement constitué par de petits grains distincts, comme on en observe sur quelques taches. Aucune région de la surface cutanée, pour ainsi dire, n'était épargnée dans le cas de Reisner, mais la distribution des taches était très irrégulière. Les taches les plus larges intéressaient principalement le front, le nez, les régions préauriculaires, le cou, les avant-bras, les fesses, les genoux, les régions malléolaires, le dos des mains, spécialement au voisinage des jointures, les jambes et les pieds. Ces taches étaient larges, cornées, avec de nombreuses saillies punctiformes sur le cuir chevelu, recouvertes de cheveux normaux ou petites, disséminées sur le tronc, nombreuses sur les pavillons des oreilles, acuminées sur les parties découvertes, plates sur les surfaces d'adossement. La malade, âgée

de 8 ans, robuste, présentait en outre de nombreuses verrues anciennes sur le dos des mains et un léger degré d'ichtyose folliculaire. L'affection datait de 5 ans, et avait débuté au sourcil gauche. Un frère de la malade, plus âgé qu'elle, en aurait été également atteint et à un degré plus prononcé.

L'auteur remarque la lenteur avec laquelle les manifestations se sont succédé et avec laquelle chacune d'elles s'est étendue, de sorte qu'elles ont mis plusieurs années à atteindre la dimension d'une lentille ; il note également l'atténuation que subissent les lésions en hiver, leur exagération en été et l'absence de phènomènes subjectifs.

L'auteur a excisé 2 saillies punctiformes (poitrine), 3 filiformes (poitrine, dos), 2 lésions larges (avant-bras). Les excisions n'ont pas porté sur toute l'épaisseur de la peau et n'ont pas atteint les pelotons des glandes en tubes. Les fragments excisés ont été fixés dans l'acool, inclus dans la celloïdine, en partie coupés en série, colorés au carmin, au bleu de méthylène polychrome de Löffler-Unna, à la safranine, à l'hématoxyline.

En ce qui regarde les saillies punctiformes (qui n'existaient pas 2 ans auparavant), dépourvues de follicules et de glandes sébacées, il constata qu'elles présentaient un amas corné formé de cellules à noyau ou évident, ou rudimentaire, ou absent, implanté dans l'orifice d'une glande en tube, de façon à constituer un cône double, dont la partie la plus large correspond à la limite entre la couche cornée et le réseau malpighien. Cet amas corné ne présentait pas de division en couches ; il obstruait complètement la lumière du conduit dont on pouvait toujours reconnaître la place et le trajet plus ou moins incurvé, en raison de la non colorabilité des cellules qui le remplissaient. La couche granuleuse était formée d'une seule rangée de cellules renfermant des granulations non colorables. Les cônes malpighiens, autour de l'orifice glandulaire, étaient allongés et atteignaient jusqu'à 4 fois leur hauteur normale ; on n'y voyait que de rares mitoses, et la couche cornée s'inclinait modérément en correspondance de ces cônes malpighiens. C'est seulement au niveau des bouchons cornés qu'on remarquait dans le tissu conjonctif une légère infiltration de petites cellules, disposées autour des vaisseaux qui n'étaient pas dilatés.

Dans les lésions filiformes, on trouvait un cône corné plus élevé ; ses cellules étaient disposées comme les couches du bulbe de l'oignon, leurs contours étaient nets, des couches de cellules à noyaux rudimentaires, colorables et à protoplasma renfermant de grosses granulations, alternaient avec d'autres couches de cellules à noyaux non colorables. Évidemment il n'était pas possible de suivre le trajet du conduit sudorifère jusqu'au sommet de l'efflorescence ; l'infiltration cellulaire des papilles et du derme était, dans une de ces lésions, peu accusée, dans l'autre, plus considérable ; dans cette dernière tache,

l'infiltration cellulaire n'était pas due à l'ancienneté de la lésion (elle datait seulement de deux ans), mais à l'irritation mécanique résultant de son siège.

Dans les lésions plus larges, l'auteur note, au point de vue de la description anatomique, dans le rempart (bordure), les mêmes caractères que dans toute l'étendue de la lésion, mais plus accentués; c'est-à-dire que la bordure et l'aire centrale qui peuvent, pendant très longtemps, renfermer des follicules et des glandes acineuses normales, présentent un fort épaississement de la couche cornée et de véritables bouchons également cornés enfoncés dans les orifices des glandes en tubes; ces bouchons, larges et profonds, sont formés de cellules qui se colorent encore assez bien, à noyau rudimentaire, mais bien conservé, et s'élèvent au-dessus de l'amas corné qui recouvre la tache entière en formant un panache ou s'arrêtent un peu au-dessous de son niveau. Dans la profondeur, ces cellules cornées se continuaient insensiblement avec les cellules des conduits glandulaires et on n'y trouvait pas de *stratum granulosum.* Quelques bouchons tout à fait semblables occupaient l'orifice et pénétraient plus ou moins profondément dans le conduit de quelques glandes acineuses. Le corps malpighien était à peu près normal.

Les papilles restaient également normales, sauf celles qui étaient situées au voisinage du pore sudorifère, lesquelles atteignaient jusqu'au double de leur longueur, l'augmentation portant à la fois sur leur partie supérieure et sur leur partie inférieure; elles étaient rarement ramifiées. Dans le tissu conjonctif, les vaisseaux n'étaient pas élargis; souvent il y avait une légère infiltration de petites cellules autour du réseau vasculaire superficiel et quelquefois aussi (dans une tache) occupant le pourtour des glandes en tubes, lesquelles présentaient un certain degré d'atrophie, une seule rangée de cellules épithéliales, sans dilatation kystique.

L'auteur admet que les plus petites efflorescences ont toujours à leur centre l'orifice d'une glande en tube et que le processus part de cet orifice, jamais d'une glande acineuse ou de follicules. Il considère comme secondaires les modifications du tissu conjonctif, incline pour une cause parasitaire, accepte la dénomination de porokératose et admet qu'il s'agit d'une maladie spéciale, n'ayant pas de rapport avec le groupe du lichen, du pityriasis rubra pilaris et de l'ichtyose, tel que le conçoit Unna.

Max Joseph (**12**) rapporte deux cas.

Dans le premier, l'affection siège exclusivement sur le dos de la main droite et est constituée par : 1° des saillies noires, du volume d'une tête d'épingle, qui s'élèvent au centre des figures rhomboïdales de la mosaïque cutanée, et qui, lorsqu'on les arrache, laissent à leur

place une dépression qui semble être l'orifice d'une glande sudorifère; 2° une tache unique de 2 centimètres sur 3/4 de centimètre représentée par : a) un rempart périphérique dentelé formé de saillies cornées émergeant des glandes sudorifères; b) une aire centrale ayant un aspect normal, si ce n'est qu'elle présente à sa surface çà et là de petites proéminences coniques dures. En dehors du rempart, la tache est entourée de nombreuses saillies cornées, mais plus petites. Il n'y a rien à noter d'anormal au point d'implantation des poils follets.

Le malade, âgé de 14 ans, a commencé à être atteint de cette affection vers l'âge de 3 ans, mais sa dermatose s'est accentuée dans ces derniers temps et quelques saillies kératosiques seraient apparues depuis que l'auteur a commencé à l'observer. Personne dans la famille ne serait atteint d'une affection semblable.

Dans le deuxième cas, l'affection est circonscrite à trois doigts de la main droite et à la région maxillaire du même côté; les taches sont limitées par un rempart sec, rugueux, dur, brunâtre, présentant des proéminences qui, pour la plupart au dire de l'auteur, rendent probable l'hypothèse qu'elles obstruent les orifices des glandes en tubes, un petit nombre d'entre elles correspondant aux follicules; l'aire incluse est d'aspect normal ou atrophique, sans croûte, sans caractères inflammatoires et présente aussi quelques petites saillies cornées.

Le malade est âgé de 12 ans; les lésions de la main datent de huit ans, celles de la région maxillaire sont récentes. Il n'est pas dit, à propos de ce malade, si on a recherché dans sa famille l'existence présente ou passée de sujets atteints de la même maladie.

Ni pour le premier malade ni pour le deuxième, l'auteur ne fait mention de l'examen des muqueuses.

Dans la description du rempart qui borde les taches, l'auteur dit qu'il est constitué par des saillies cornées isolées, qui ne se confondent entre elles qu'à leur base; il ne parle ni de sillon ni de crête cornée.

L'examen microscopique a donné à Joseph des résultats identiques dans les deux cas, tant au niveau des saillies acuminées isolées qu'au niveau des taches. C'est ainsi qu'il a constaté :

a) L'augmentation d'épaisseur du réseau de Malpighi sans atrophie consécutive ou avec très rares points d'atrophie. Augmentation de volume des cônes épidermiques qui atteignent quatre à six fois leurs dimensions normales et s'enfoncent profondément, en même temps que les papilles s'amincissent. Couche granuleuse, souvent impossible à voir, quelquefois formée de deux rangées de cellules. Conservation de la kératohyaline. Les éléments sont colorables dans toute l'épaisseur de la couche cornée.

b) La présence de saillies cornées s'élevant brusquement souvent

au-dessus de l'orifice des glandes en tubes ou d'une petite lamelle cornée qui recouvre les orifices avec des saillies cornées qui les entourent. Canal excréteur normal, ou présentant seulement quelquefois un début de transformation cornée. Dans une seule lésion on trouve un véritable bouchon corné. Pas de dilatations kystiques le long des conduits glandulaires. Fort développement des glomérules (dos du doigt); nombreuses cellules en karyokinèse dans l'épithélium du glomérule.

c) En divers points, les orifices des follicules pilaires sont évasés avec un bouchon corné au milieu du relief hyperkératosique.

d) Forte infiltration périvasculaire de petites cellules et de nombreuses cellules fusiformes dans le corps papillaire ; cellules granuleuses très rares. Infiltration prononcée jusque dans la profondeur du chorion, le long des vaisseaux sanguins où on rencontre de nombreuses mastzellen. Celles-ci sont aussi très nombreuses entre les glomérules glandulaires, sans aucune infiltration de petites cellules. Vaisseaux sanguins ectasiés aussi bien dans les papilles que dans le chorion.

L'auteur considère les modifications des glandes en tubes comme consécutives à l'occlusion de l'orifice : évasement de ce dernier, mitoses manifestes dans l'épithélium glomérulaire et (ce qu'il n'aurait du reste pas constaté sur ses préparations) dilatation kystique du conduit.

Il admet que le processus kératosique part de l'orifice des glandes en tubes, d'où il s'étend à la périphérie par continuité ou sous la forme de saillies isolées, mais il n'a pu se convaincre que le point de départ des lésions doit être nécessairement l'orifice des glandes en tubes.

Au point de vue clinique, l'affection doit être considérée comme une hyperkératose à progression centrifuge avec formation d'un rempart corné et atrophie de la partie initialement intéressée.

Il pense que la différence dans les caractères cliniques et microscopiques entre ses observations et celles de Mibelli et de Respighi est due à ce que dans ses cas l'affection était de date assez récente.

Le malade de Gaspard Gilchrist (**13**) était âgé de 21 ans et son affection daterait de 5 ans. Elle débuta par les pavillons des oreilles, puis s'étendit au nez, au menton, aux joues, au cou, au dos des mains et de l'avant-bras droit. Elle était constituée par des lésions de dimensions et de formes variées, les unes sous forme de taches très petites, de couleur brun foncé, hémisphériques, d'autres du volume d'une petite tête d'épingle, à centre déprimé, et à contour légèrement saillant, arrondi, ovale ou un peu irrégulier, ayant l'aspect d'une couture saillante au milieu de laquelle on voyait une mince ligne foncée, d'autres de dimensions plus grandes, atteignant presque la dimension

d'un demi petit pois, ayant une aire centrale un peu atrophiée. Sur quelques lésions, la limite était constituée par de petites saillies coniques disposées en série dont une ou deux occupaient parfois l'aire de la tache. Une ou deux lésions occupaient l'orifice d'un follicule pilaire.

De nouvelles lésions apparurent pendant que le malade était en observation. Quelques-unes sont apparues dans l'espace de un ou deux mois, dans le point où on avait pratiqué une cautérisation assez profonde (?) avec le crayon de nitrate d'argent, soit sous forme de très petites papules de couleur brun foncé, qui au bout de deux ou trois semaines commencèrent à se déprimer à leur centre, soit sous la forme de saillies annulaires (?). L'extirpation avec une curette fut faite très facilement et détermina une légère hémorrhagie, comme il peut s'en produire après l'extirpation d'un petit épithélioma.

L'examen microscopique des produits de raclage fait à l'état frais ou après action de la potasse ne donna aucun résultat.

L'examen des coupes de taches très récentes et de taches anciennes aurait montré à l'auteur une hyperkératose prononcée des orifices et des conduits des glandes sudoripares et des follicules pilaires adjacents, avec début certain pour certaines lésions par l'orifice d'une glande en tubes, et avec début moins manifeste sur d'autres lésions par l'orifice d'un follicule pilaire.

Le père et la mère du malade, un oncle maternel et un frère du père, ainsi que l'auteur l'a appris par les personnes de son entourage; trois frères, une sœur et deux enfants de cette dernière, ainsi qu'il a pu le constater lui-même, étaient atteints de la même dermatose.

Ducrey et Respighi (**14**), dans la séance de la Société Italiana di dermatologia e sifiligrafia, tenue à Rome le 28 décembre 1897, annoncèrent qu'ils avaient observé chez 3 malades des localisations de la maladie sur la muqueuse buccale, en décrivirent les caractères cliniques et les lésions histologiques, montrant que ces lésions, en dehors des modifications dues à la différence de siège, reproduisaient exactement les aspects cliniques et histologiques des lésions cutanées. Le résultat de leurs recherches, étendues ultérieurement à d'autres malades, n'est pas résumé ici, parce qu'il a été rapporté en détail dans les pages précédentes.

E. Basch (**15**) rapporte le cas d'un homme de 36 ans, maçon, marié, qui s'est présenté à lui le 27 avril 1897. Les parents et ses 2 frères sont bien portants. L'auteur ne dit pas si la femme du malade a été ou non atteinte par la dermatose, ni s'il a eu des enfants. L'affection aurait débuté vers l'âge de 10 ans, mais il n'est pas dit en quelle partie du corps elle apparut tout d'abord. A l'âge de 16 ans,

elle se serait montrée sur le visage, à l'âge de 26 ans sur le dos de la main gauche, et les lésions à leur début auraient déterminé un léger degré de prurit ou de brûlure. A l'âge de 20 ans, il arracha avec les ongles une tache occupant le dos de la main droite, ce qui détermina une forte hémorrhagie ; il en résulta une cicatrice, sur laquelle il ne s'est pas produit d'autre lésion.

C'est au visage que les lésions sont les plus nombreuses, tandis qu'elles sont rares, disséminées, mais plus larges et plus développées, sur d'autres parties de la surface cutanée (région rétro-auriculaire gauche, base du cou en arrière, région sus-pubienne, région inguinale gauche, dos au niveau de la ceinture, verge et angle scroto-pénien, membres et plus spécialement dos des mains et des pieds). Il n'est pas dit s'il existait des lésions à la plante des pieds ou à la paume des mains, ni si quelques-unes intéressaient la matrice ou le lit de l'ongle.

Les lésions du front, de la partie interne des joues, des tempes et du nez sont constituées par de légères saillies cornées, sur la partie centrale desquelles on trouve souvent un petit point saillant ou une ombilication punctiforme, dont la couleur diffère peu de celle de la peau du voisinage; ces saillies cornées sont réunies pour former des taches.

Sur le reste de la surface cutanée, les lésions sont plus ou moins larges, annulaires (la plus large occupe la partie inférieure de la jambe gauche, dont l'auteur donne la reproduction phototypique) et toutes se présentent sous la forme de contours géographiques, entourés d'un ourlet saillant de 3 à 5 millimètres, corné ou très superficiel et presque filiforme. L'aire incluse dans cet ourlet diffère peu de la peau normale, ou bien est à peine cornée, ou bien est rendue rugueuse par la présence de petites saillies cornées qui s'élèvent au-dessus de pores glandulaires (?) ou d'amas plus considérables également cornés.

Dans les régions pileuses, les taches sont alopéciques et présentent des saillies du volume d'une tête d'aiguille, correspondant aux orifices folliculaires, avec ou sans ombilication, et avec poils atrophiés ou non. Toutes ces taches ont une couleur blanc grisâtre.

Sur quelques taches (front), l'auteur signale un double contour, mais ne parle pas de sillon ni de liséré corné inséré sur le sillon. Les autres taches à double contour présenteraient une bordure rouge pâle.

Selon l'auteur, le développement plus considérable de certaines taches serait dû à leur âge, à des pressions continues ou intermittentes, et à des frottements.

En ce qui concerne les muqueuses externes, l'auteur relève une unique tache lenticulaire, blanc grisâtre, légèrement brillante, plane, à surface granuleuse, à bordure parcourue par un sillon, située sur

la lèvre inférieure, du côté droit, à un demi-centimètre du bord libre.

Pour l'examen microscopique, l'auteur a enlevé, sur une jambe, avec le tissu cellulaire sous-cutané, une tache annulaire, ronde, de 1 centimètre, dont le bord était continu et saillant de 1 à 2 centimètres. La plaie, ayant été suturée, s'est réunie par première intention, sans qu'il reste de tuméfaction et, au bout de 7 mois, il n'y avait aucune trace de récidive.

La moitié de la tache fut fixée dans le liquide de Flemming, un quart dans l'alcool, un quart dans le liquide de Zenker et inclus dans la celloïdine. L'auteur ne dit pas s'il a fait des coupes en séries.

L'auteur ne s'occupe pas de l'aire centrale. Pour ce qui concerne l'épiderme et spécialement la couche cornée et le liséré kératosique correspondant à l'ourlet, il s'en tient à la description de Mibelli ; il dit que le stratum lucidum manque aux points correspondant aux grands cônes cornés, que la couche granuleuse et le corps de Malpighi, hypertrophiés dans les points où le bouchon corné est en voie de formation, sont au contraire atrophiés sur les points où ce bouchon est complètement formé. Il ne parle pas de la continuité du liséré et du canal qui le reçoit. Il a trouvé les papilles situées autour du gros cône interpapillaire (canal) assez longues et minces, et une infiltration modérée de petites cellules, sans aucun rapport avec les vaisseaux, dans la partie superficielle du chorion correspondant à l'hyperkératose. Il ne signale pas d'infiltration périglandulaire de petites cellules, pas de dilatation kystique des petits tubes glandulaires, non plus que les altérations des glomérules signalées par Joseph, mais signale la présence dans les glomérules de noyaux plus nombreux qu'à l'état normal, ce qu'il attribue à un état d'irritation.

L'examen bactériologique ne lui a donné que des résultats négatifs.

La lésion unique de la muqueuse buccale (qui répondrait par ses caractères à une des taches du malade de notre observation XI), dont l'auteur s'est à peine occupé, n'a pas été soumise à l'examen microscopique.

Avec Mibelli, Reisner, Joseph (et Gilchrist) l'auteur admet que le processus débute par l'épiderme et exactement toujours par l'épiderme des orifices des glandes en tubes et que l'hyperkératose est précédée d'hyperacanthose.

Qu'il nous soit permis de dire que, en admettant l'extension centrifuge par continuité du processus, l'examen de cette unique tache annulaire, sans examen d'une autre tache à son début, n'autorise pas l'auteur à émettre cette interprétation, que le processus doit débuter et débute toujours par les orifices des glandes en tube, interprétation à laquelle il aurait encore moins dû être amené par la constatation d'une tache sur la muqueuse buccale. En vérité, l'auteur prouve qu'il attache peu d'importance à cette tache de la muqueuse buccale, il semble

presque ne pas la considérer comme due au même processus morbide, car, dans le cas où il aurait eu cette idée, l'examen microscopique de cette tache s'imposait.

Ajoutons, à propos de la figure 4 de ce mémoire, qu'il n'est pas bien certain qu'elle représente véritablement un tube sudorifère ; il peut y avoir quelque doute qu'il s'agisse plutôt d'un petit follicule pilaire annexé à une glande acineuse ; de même il n'est pas prouvé que le large cône corné de la figure 5, au point où il a été représenté, appartienne certainement à l'orifice d'une glande en tube.

L'auteur pense que cette affection doit être complètement séparée du groupe *ichtyose* et n'émet aucune hypothèse au sujet de l'étiologie du processus morbide.

BIBLIOGRAPHIE

(1) (Publications simultanées.) V. MIBELLI. Contributo allo studio della ipercheratosi dei canali sudoriferi, « Porokerotosis ». — E. RESPIGHI. Di una ipercheratosi non ancora descritta (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1893, fascicule III, septembre).

(2) MIBELLI. Forme non commune de kératodermie, « Porokeratosis ». *Atlas International des maladies rares de la peau* (Livr. IX, Pl. XXVII, 28 octobre 1893), contient seulement l'observation clinique et l'étude anatomo-pathologique du premier malade de la première publication.

(3) MIBELLI. Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der Knaueldrusengänges : Porokeratosis (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1893, Band XVII, N. 9). Traduction de la première publication.

(4) RESPIGHI. Ueber noch nicht beschriebene Hyperkeratose (*Monatshefte für, prakt. Derm.*, 1894. Band XVIII, N. 2). Traduction assez courte et non exacte de la première communication : il manque les observations.

(5) MIBELLI. Sulla porokeratosi : a proposito di una critica (*Giornale It. delle mal. ven. e della pelle*, 1894, fascicolo III). Traduction : Ueber die Porokeratose, neuer Beitrag (*Monatshefte für prakt. Derm.*, 1895. Band XX, N. 6). En réponse à la critique de TOMMASOLI parue dans *Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, 1894, N. 1.

(6) RESPIGHI. Sulla ipercheratosi eccentrica (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1895, fasc. I).

(7) MIBELLI. Ipercheratosi eccentrica. Deux mots de réponse au Dr Respighi (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1895, fasc. II).

(8) RESPIGHI. Di una singolare ipercheratosi (*Giornale Ital. delle mal. ven. e della pelle*, 1896, fasc. II). Communication à la réunion annuelle de la Società Italiana di Dermatologia e sifilografia, tenue à Rome, en octobre 1895.

(9) MIBELLI. L'etiologia e le varietà delle cheratosi (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1896, fascicoli IV e V).

(10) B. HUTCHINS. A case of porokeratosis Mibelli (*Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1896, N. 10).

(11) A. REISNER. *Ein Fall von Porokeratosis.* Inaugural Dissertation der Medic. Fac. Strasburg. i. E. 1896.

(12) MAX JOSEPH. Ueber Porokeratosis (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 897, Band XXXIX, Heft 3).

(13) G. Gilchrist. A case of porokeratosis (Mibelli) or hyperkeratosis excentrica (Respighi) with a remarkable family history. Preliminary notice (*The Johns Hopkins Hospital Bulletin*, mai, 1897, n° 74).

(14) A. Ducrey et E. Respighi. Les localisations sur la muqueuse buccale de l'affection improprement appelée porokératose.. Communication faite à la *Società Italiana di Dermatologia* (séance du 28 décembre 1897) avec présentation de photographies, de fragments excisés de la peau et de la muqueuse et de préparations microscopiques en série de lésions cutanées et muqueuses, publiée dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1898, p. 1.

(15) E. Basch. Ein Fall von Porokeratosis (Mibelli) (*Pester Medizinisch-Chirurgische Presse*, t. XXXIV, 1898, n° 27).

EXPLICATION DES PLANCHES II A XII (1)

Planche II

Lésions buccales de Raphaël Sim.... (obs. XI). — Dessin exécuté en décembre 1897.

Planche III

Jambe et pied gauches du même malade. — Photographie faite en juin 1895.

Planche IV

Jambe et pied gauches du même malade dans une position identique et à la même échelle. — Photographie faite en juin 1898.

Planches V et VI

Fig. 1, 2, 3. — Trois coupes perpendiculaires d'une lésion (A) représentée par un simple aiguillon corné recourbé, enlevé sur le scrotum de Pet... (obs. III).

- Fig. 1. — Coupe du bord.
- Fig. 2. — Coupe passant par le milieu du canal.
- Fig. 3. — Coupe médiane de la lésion dans laquelle on voit le canal aux deux extrémités et le liséré kératosique, qui s'élève du fond du canal et accompagne sur ses côtés la saillie cornée centrale jusqu'au voisinage de son sommet. Tant au centre de la lésion qu'au niveau du canal, du côté droit, on voit un orifice glandulaire évasé, très probablement l'orifice d'une glande sudoripare.

Fig. 4, 5, 6. — Trois coupes perpendiculaires d'une tache miliaire (B) enlevée sur le dos de la main de Sim... (obs. XI).

- Fig. 4. — Coupe de la collerette.
- Fig. 5. — Coupe tombant au milieu du canal, sur lequel on voit le liséré en forme de muraille.

(1) Les planches 2 à 4 ont été publiées avec le commencement du mémoire dans le précédent fascicule (n° 7, juillet 1898).

FIG. 6. — Coupe médiane de la lésion. Dans la dépression centrale du fond s'ouvre le tube d'une glande sudoripare. Le liséré kératosique, qui s'élève du fond du sillon et s'appuie sur la saillie cornée centrale, revêt même l'extrémité de cette saillie, parce que cette coupe n'est pas une des plus centrales.

FIG. 7. — Coupe centrale perpendiculaire de la tache (C) excisée sur le nez de Torello Bel.... (obs. V), sur laquelle on voit au centre une glande acineuse avec un très petit follicule pilaire et sur les côtés le canal.

FIG. 8. — Coupe perpendiculaire passant le long du fragment de bordure (H) disposé en forme d'éperon (excisé sur Joseph Sig...., sujet de l'observation III du 1er mémoire de l'un de nous). L'extrémité de l'éperon correspond à un follicule pilaire et à une petite glande acineuse annexe.

FIG. 9. — Coupe perpendiculaire médiane d'une des taches miliaires du scrotum (D), excisées sur Pet... (obs III); fixation par le liquide de Flemming et coloration par la safranine. Cette coupe montre sur l'aire centrale l'orifice d'un follicule avec la glande acineuse annexe.

FIG. 10, 11, 12. — Trois coupes perpendiculaires d'une des taches miliaires excisées sur le scrotum de Raphaël Sim... (obs. XI).

FIG. 10. — Coupe de la collerette.

FIG. 11. — Coupe passant par le milieu du canal avec liséré kératosique en forme de muraille.

FIG. 12. — Coupe médiane de la lésion, sur laquelle on voit les deux colonnes kératosiques latérales qui s'élèvent du fond du canal s'appuyer sur les côtés de l'aire centrale et en haut se replier un peu sur elle.

Cette tache ne renferme aucun orifice glandulaire, ni au niveau de l'aire centrale, ni au niveau du canal.

N. B. — Toutes les taches qui précèdent, et dont on n'a reproduit que quelques coupes, ont été rigoureusement coupées en série.

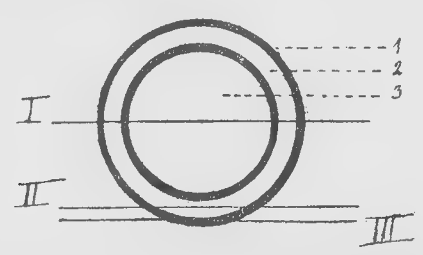


Schéma pour mieux comprendre la position des coupes représentées sur les planches V et VI, ainsi que les parties dont se compose chaque lésion en particulier.

1. Saillie externe. — 2. Canal. — 3. Aire centrale.

I. Coupe médiane intéressant à sa partie interne l'aire centrale et à ses deux extrémités latérales le canal qui est coupé transversalement. (Voir Planches V et VI, fig. 3, 6, 7, 9, 12.) — II. Coupe intéressant en partie le canal dans le sens longitudinal. (Voir Planches V et VI, fig. 2, 5, 11). — III. Coupes intéressant la lèvre externe du canal. (Voir Planches V et VI, fig. 1, 4 et 10.)

PLANCHES VII, VIII, IX, X, XI, XII.

FIG. 1 à 36. — Série de coupes perpendiculaires d'une des petites taches annulaires de la muqueuse buccale, excisée sur la lèvre inférieure de Raphaël Sim... (obs. XI).

Sur ces planches, on a reproduit seulement la moitié du nombre total des coupes en supprimant régulièrement une coupe sur deux.

L'examen des coupes montre la lésion, d'abord sectionnée sur la limite externe de la saillie annulaire au bord externe du canal ; puis les coupes portent au niveau du canal lui-même, la coupe intéressant celui-ci dans une étendue toujours plus grande jusqu'à ce qu'on voie apparaître le liséré kératosique, qui s'élève du fond du canal en manière de muraille, ou de demi-lune à convexité inférieure ; enfin les coupes intéressent le bord interne du canal ou côté externe de l'aire centrale, et alors le liséré corné, de même que le canal, se voit seulement aux deux extrémités de la lésion ; enfin les coupes passent en pleine aire centrale.

Lorsqu'on arrive au milieu de la petite tache, on voit réapparaître en sens inverse les lésions constatées dans les figures précédentes, c'est-à-dire successivement le bord interne du canal, le canal lui-même et son bord externe.

On remarquera que la lésion (comme on peut le voir aussi sur d'autres éléments) ne renferme aucun orifice glandulaire ni au niveau de l'aire centrale, ni au niveau du canal, et que les corps glandulaires que l'on voit sur les coupes viennent s'ouvrir sur la surface de la muqueuse par un conduit unique, en dehors de la lésion elle-même, ainsi qu'on le voit sur la figure 36.

N. B. — Les phototypies des préparations microscopiques sont la reproduction de photographies faites par nous dans le laboratoire de la Clinique dermosyphilopathique.

Les figures 1, 2, 3 de la planche V ont été obtenues avec l'objectif Koristka n° 1 et l'oculaire à projections Koristka n° 2, et une chambre longue de 20 centimètres.

Toutes les autres figures ont été obtenues avec l'objectif Koristka n° 3, le même oculaire et la même chambre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 mai 1898.

L'ulcus gastrique syphilitique.

M. Dieulafoy rapporte l'histoire d'un malade entré dans son service pour un ulcère de l'estomac, pour lequel, depuis 1 an 1/2, il avait été soigné dans plusieurs services sans aucune amélioration ; en présence de ses accidents graves, de ses vomissements incessants, on songea à une intervention chirurgicale.

La présence de cicatrices d'ulcérations syphilitiques sur les membres fit songer à la syphilis comme cause de cet ulcus, dont les premiers accidents avaient débuté au moment où le malade était en pleine éruption secondaire. On institua alors le traitement spécifique au moyen des injections de biiodure de mercure en solution huileuse à la dose quotidienne de 4 milligrammes. A la 7e piqûre, le malade ne vomissait plus ; à la 14e il mangeait n'importe quel aliment. Il prit alors quelques grammes d'iodure. A la 30e piqûre, il sortait de l'hôpital ayant gagné plusieurs kilogrammes.

Ce fait est absolument typique, et s'ajoute aux faits anatomo-pathologiques de Cruveilhier, de Lancereaux, de Cornil, de Chiari et aux faits cliniques d'Andral, de Galliard, de Fournier.

Ces faits montrent que la syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, que les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées: érosions hémorrhagiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux, que les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex ; aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois, lorsque les signes de l'ulcus simplex surviennent chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique. Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint des symptômes de l'ulcus simplex.

L'acétate de thallium contre les sueurs des phtisiques et son action alopéciante.

M. Huchard lit un rapport sur un travail de M. Combemale sur l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs des phtisiques. Ce médicament agit en effet très puissamment sur les sueurs, mais il présente parfois un grave inconvénient. Il peut faire tomber les cheveux et déterminer en vingt-quatre heures une alopécie presque complète. L'usage de ce médicament doit être absolument déconseillé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 mars 1898.

Érythème papuleux grippal.

M. Galliard rapporte l'observation d'un garçon de vingt ans, atteint, le 7e jour d'une grippe à prédominance nerveuse, d'une éruption rubéoliforme papuleuse, à éléments larges comme des pièces de 20 centimes, occupant le dos du poignet, la nuque, les parties latérales du cou avec une légère saillie à leur centre, quelques-unes autour de la bouche sans saillie centrale; quelques douleurs dans les articulations des poignets, langue saburrale; disparition de l'exanthème en 4 jours, sans desquamation.

Séance du 22 avril 1898.

De la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite au cours de la tuberculose pulmonaire.

M. Béclère rapporte quatre observations montrant que la tuberculose verruqueuse est, de toutes les formes de tuberculose cutanée, celle qu'on observe le plus souvent au cours de la bacillose pulmonaire; elle siège presque toujours sur le dos des mains et des doigts, de préférence sur le pouce et l'index. Ce fait semblerait tenir, ainsi que Vidal l'avait déjà signalé, à ce que les malades, après avoir craché, essuient avec le dos de la main leurs moustaches et leurs lèvres sur lesquelles restent sans doute des débris de crachats: la preuve en est qu'elle est exceptionnelle chez la femme ; il s'agirait donc d'une auto-inoculation directe, facilitée par des écorchures de la peau sur cette région des mains. Cette lésion est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement et, pour peu qu'on y prête attention, on en rencontre de nombreux exemples dans les services de médecine générale.

Séance du 6 mai 1898.

Zona ophtalmique et névralgie du nerf facial sans paralysie, dus à l'iodure de potassium.

M. L. Jacquet présente un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique chronique et ancien chez lequel, après l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium pendant quatre jours, apparut un zona ophtalmique léger suivi d'une névralgie du nerf facial droit sans paralysie et sans névralgie des nerfs maxillaires.

Ce qui permet d'attribuer ces troubles nerveux à l'usage de l'iodure de potassium, c'est qu'il y a quatre ans l'administration de la même dose d'iodure de potassium avait produit au bout de quelques jours une paralysie faciale gauche qui dura six semaines, et, il y a deux ans, l'ingestion de l'iodure amena de vives douleurs dorso-lombaires.

C'est la deuxième fois que M. Jacquet voit survenir une névralgie faciale sous l'influence de l'iodure.

Peut-être peut-on expliquer l'apparition de ces troubles par la production des lésions cellulaires nerveuses, que Nageotte et Ettlinger ont récem-

ment observées dans l'intoxication iodo-potassique chez les animaux.

M. Rendu fait observer que l'association de troubles du côté du nerf facial est en faveur de l'origine centrale du zona dans ce cas.

Séance du 13 mai 1898.

Paralysie douloureuse du facial avec herpès zoster de l'oreille.

M. Jacquet présente un malade atteint depuis 5 jours de paralysie faciale gauche très manifeste, probablement à frigore, et ayant, outre les signes classiques de la paralysie faciale, un gonflement marqué de la région préauriculaire, un œdème rouge et douloureux de l'oreille gauche avec un groupe d'herpès vésiculeux typique sur la nuque, un point douloureux violent exactement au-dessous du conduit auditif externe, de la douleur à la pression de tous les muscles de la face à gauche, une élévation thermique très nette de la peau du même côté.

Séance du 27 mai 1898.

De l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la syringomyélie type Morvan et des causes d'erreur qu'elle entraîne dans le diagnostic de la lèpre.

MM. Jeanselme et Milian présentent 2 malades, atteints de maladie de Morvan, diagnostic basé dans un cas sur la topographie de l'anesthésie et des amyotrophies qui frappent le deltoïde et respectent les petits muscles de la main, sur l'hyperostose des os qui concourent à former l'articulation radio-carpienne, sur le ralentissement du pouls et son arythmie qui semble indiquer une lésion bulbaire et dans l'autre cas sur la forme vestimentaire des troubles sensitifs, le cantonnement des lésions aux membres supérieurs, l'absence d'altération des yeux, du nez et du testicule. Chez le premier malade, on pourrait invoquer en faveur du diagnostic de lèpre l'état moniliforme du nerf médian droit et, chez le deuxième, la présence de deux nodosités sur le trajet de chacun des nerfs cubitaux. Mais un examen attentif montre que les nerfs ne sont pas altérés et que ces nouures sont produites par de petits ganglions épitrochléens accolés à la surface des troncs nerveux. Dans un cas de syringomyélie présenté à la Conférence de Berlin sur la lèpre, on avait pensé qu'il s'agissait de lèpre en raison d'épaississements du nerf cubital attribués à la périnévrite lépreuse ; quelques jours plus tard, le nerf fut mis à nu et on trouva au voisinage du nerf parfaitement sain deux ganglions du volume d'une lentille.

Le diagnostic peut donc errer en se basant sur ce signe. Lorsque la nouure est petite, bien circonscrite, placée excentriquement par rapport au tronc nerveux, il y a de grandes probabilités pour qu'elle soit d'origine ganglionnaire ; si elle fait corps avec le nerf et dessine un long renflement fusiforme qui s'atténue graduellement, on peut être assuré que le nerf exploré est atteint de névrite lépreuse.

Séance du 17 juin 1898.

Périostite gommeuse du tibia.

M. L. Jacquet présente un malade atteint d'un chancre il y a 5 ans, chez lequel on peut voir la face antérieure des deux tibias déformée et bosselée de nodosités osseuses, à la suite d'une véritable éclosion de gommes périostiques typiques.

Survenues, il y a quelques mois, ces lésions ont résisté, sans la moindre atténuation, à quinze jours de frictions mercurielles et d'iodure de potassium à la dose quotidienne de 5 à 8 grammes, pour céder, en quelques jours, à deux injections de calomel. Dès le *lendemain* de la première injection, faite à la dose de 5 centigrammes, il y a eu sédation manifeste des douleurs, très vives jusque-là.

Séance du 24 juin 1898.

Sur un cas de maladie de Raynaud.

MM. L. Rénon et R. Follet présentent un malade atteint d'asphyxie locale symétrique des mains droite et gauche. L'annulaire et l'auriculaire droits, cyanosés et froids, n'étaient douloureux ni spontanément, ni à la pression, au début, mais le sont devenus depuis quinze jours. L'annulaire gauche est rosé, dur, gonflé et très douloureux à la palpation.

L'intérêt de l'observation réside dans ces particularités cliniques, dans le diagnostic avec la gangrène sénile, et surtout dans l'âge très avancé du malade (homme de soixante-dix-sept ans).

Deux cas d'ichtyose fœtale.

M. Thibierge présente deux malades, âgés l'un de dix-huit ans, l'autre de quinze ans, atteints d'ichtyose généralisée très accusée, représentant le type des sujets qui se montrent dans les foires sous le nom d'*homme-poisson.*

Chez ces deux sujets, issus de deux familles différentes, les lésions occupent les plis articulaires à un degré au moins aussi accusé que le reste des membres; les mains sont le siège d'un hyperkératose considérable, avec légère hyperhidrose; les téguments de la face sont rétractés et il y a un ectropion très net, particularités qui n'existent pas dans l'ichtyose vulgaire. Contrairement à celle-ci, qui ne devient apparente qu'au bout de plusieurs mois, ces deux malades offraient déjà des lésions cutanées très nettes dès la naissance; dans leur famille, il n'existe aucun cas d'ichtyose; la mère de l'un d'eux a donné naissance, avant ce sujet, à un fœtus mort-né qui n'avait qu'un seul membre.

Toutes ces raisons montrent que ces deux malades sont atteints non d'ichtyose vulgaire, mais de cette monstruosité cutanée qui a été décrite sous le nom d'ichtyose fœtale ou intra-utérine, dont la pathologie est mal connue, dont le pronostic est considéré comme invariablement fatal dès les premiers jours de la vie.

On doit donc conclure de ces deux cas que l'ichtyose fœtale n'est pas incompatible avec l'existence; il faut admettre aussi que cette affection est indépendante de l'ichtyose vulgaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS

Séance du 25 juin 1898.

Ecchymoses spontanées et pemphigus dans la neurasthénie.

M. Léopold Lévi a constaté l'apparition d'ecchymoses spontanées ou de bulles de pemphigus dans deux cas avérés de neurasthénie cérébro-spinale, à prédominance vaso-motrice où on ne pouvait incriminer ni le tabes ni l'hystérie. Dans un cas, les ecchymoses étaient précédées de sensation de brûlure, sensation douloureuse assez spéciale pour que la malade pût prévoir l'apparition des taches ecchymotiques. Dans l'autre cas, il survenait à la paume de la main une bulle de pemphigus, à reproduction facile, surtout au moment des règles.

Séance du 17 juillet 1898.

Histologie pathologique de la verruga péruvienne.

M. Letulle, grâce au professeur Odriozola de Lima, a pu faire l'étude histologique des productions pathologiques de la verruga. Il y a d'abord irritation des couches de l'épiderme différente de l'hyperplasie végétante des papillomes. Souvent l'épiderme est comme tassé, écrasé par les végétations inflammatoires du tissu conjonctivo-vasculaire correspondant au derme et à l'hypoderme sous-jacent. La tuméfaction s'explique par la prolifération subaiguë du derme et de ses annexes, et l'infiltration de cellules migratrices vivantes et de cellules fixes en karyokinèse avec disparition de tous les éléments autres (glandes, follicules, etc.).

La tumeur renferme de nombreux bacilles ressemblant absolument au bacille de Koch, et comme lui gardant le Ziehl. Ils en diffèrent par l'absence autour d'eux de tout processus de caséification et de cellules géantes. Ils ne peuvent être confondus ni avec ceux de la lèpre ni avec ceux du smegma. M. Odriozola à Lima croit avoir isolé du sang des malades un bacille pathogène.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Montpellier. *Avril 1898.*

Évolution de la tuberculose pulmonaire dans l'hérédo-syphilis tardive.

M. Etienne (Nancy) rapporte 4 cas de tuberculose pulmonaire évoluant chez des sujets hérédo-syphilitiques âgés de 14, 18, 19 et 30 ans : dans ces cas, la tuberculose présentait la forme fibreuse ; la tendance naturelle à la guérison par transformation fibreuse était d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'individus malingres, à type infantile, dont les conditions générales de nutrition ne semblaient pas favorables à cette transformation.

Phlébite blennorrhagique.

MM. Monteux et Lop (Marseille) rapportent l'observation d'un jeune

homme de 20 ans, pris au 15e jour d'une blennorrhagie, d'arthrite du cou-de-pied droit, qui dure 7 mois et demi; 6 jours après le début de l'arthrite, phlébite de la saphène interne droite avec fièvre (38°,4), cordon rougeâtre le long de la veine, œdème du membre; la fièvre dura 3 jours, l'œdème décrut à partir du 12e jour, et la phlébite avait disparu au bout de 5 semaines.

Tuberculose cutanée à manifestations multiples et variées.

MM. Brousse et Ardin-Delteil (Montpellier) rapportent l'observation d'une jeune fille de 16 ans, chloro-anémique, scrofuleuse depuis l'enfance, porteur d'un spina-ventosa au niveau du gros orteil du pied droit, présentant: 1° de la tuberculose verruqueuse en plaques végétantes; 2° des gommes scrofulo-tuberculeuses avec ulcérations anfractueuses; 3° un placard de lupus tuberculeux vrai, siégeant sur la pommette gauche.

Cette malade est une démonstration frappante de l'unité de nature des manifestations de la tuberculose cutanée dont elle présente, groupées, toutes les variétés. Elle a été très améliorée par des séances d'ignipuncture et des pansements antiseptiques. Le lupus a été traité par des applications de chlorophénol.

Favus généralisé.

M. Montseret (Montpellier) a observé chez un homme de 24 ans un favus généralisé aux parties glabres, dont le point de départ aurait été un favus invétéré du cuir chevelu datant de l'âge de quatre ans. Sur divers points du corps, amas croûteux, de dimensions et d'épaisseur variables, depuis quelques millimètres jusqu'à 10 et 15 centimètres carrés, formés d'éléments fusionnés, dont on reconnaît la nature favique, par leur forme en godet et leur odeur caractéristique, ainsi que par l'examen microscopique, qui permet de déceler facilement la présence de l'achorion. La généralisation aux parties glabres se serait faite rapidement, en moins d'un an, et semble avoir été favorisée par la déchéance profonde de l'organisme atteint de tuberculose à marche rapide.

Hémiparaplégie d'origine syphilitique, avec hémianesthésie croisée.

MM. Brousse et Ardin-Delteil (Montpellier) présentent une observation de syphilis médullaire précoce apparue six mois après l'accident primitif, et qui a offert quelques particularités cliniques intéressantes.

Après quelques prodromes, rachialgie, incontinence diurne d'urine répétée, apparition subite d'une hémiparaplégie tout d'abord associée à de l'hyperesthésie des deux membres inférieurs; mais, ultérieurement, apparition d'une hémianesthésie croisée étendue à la presque totalité du membre inférieur sain, et réalisation du syndrome de Brown-Séquard. Traitement intensif par la méthode mixte (injections d'huile grise et doses progressivement croissantes d'iodure de potassium). Amélioration très notable; mais, persistance, après plusieurs mois, du syndrome de Brown-Séquard atténué (parésie légère avec rigidité spasmodique du membre atteint, et zones d'anesthésie limitées à la racine du membre sain).

Un nouveau cas de tuberculide cutanée.

M. Meneau (Bordeaux) rapporte l'observation d'une enfant de 9 ans, atteinte d'ostéites tuberculeuses multiples, d'adénopathies cervicales volumineuses, de lupus du cou et portant sur les membres supérieurs, la face et les jambes, des lésions constituées par des papules rosées du volume d'un grain de chènevis ou de mil, rougeâtres, dures, s'enfonçant sous la peau, surmontées d'une pustule ou d'une croûte et des cicatrices violacées ou blanches.

L'auteur rapporte l'examen histologique de tuberculides provenant de deux malades, examen histologique fait par M. Dubreuilh, d'où il résulte que le point de départ des lésions est assez variable. Dans quelques cas il peut être le follicule pileux, dans d'autres les glomérules sudoripares; il est probable que les vaisseaux sanguins sont les premiers atteints et que les follicules ou les glandes ne sont plus particulièrement altérés que parce que les vaisseaux sont plus nombreux autour d'eux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de mai 1898.

Lymphangiectasie de la conjonctive bulbaire.

M. Jocqs a observé une jeune fille de 17 ans qui porte sur ses deux conjonctives bulbaires une infinité de petits kystes miliaires. Ses cornées sont troubles au point qu'elle ne peut plus travailler et à peine se conduire. Les ganglions sous-maxillaires, parotidiens, préauriculaires, mastoïdiens sont engorgés et volumineux. La face, comme œdématiée, présente un aspect éléphantiasique. L'examen microscopique d'une portion excisée démontre que ces kystes, très petits et très nombreux, sont autant de dilatations lymphatiques.

L'auteur établit un rapprochement entre cette dilatation lymphatique de la conjonctive et l'aspect éléphantiasique de la face accompagné d'engorgements ganglionnaires et admet que cette dégénérescence kystique de la conjonctive est de même nature que l'éléphantiasis.

Pemphigus oculaire.

M. Bellencontre rapporte l'observation d'une femme de 78 ans, chez qui le pemphigus frappa d'abord la muqueuse bucco-pharyngée, deux ans après la conjonctive et finalement la peau; la muqueuse subit la dégénérescence cicatricielle, se transforma en un tissu blanc, analogue à de la bougie; un symblépharon total se produisit. Tous les traitements furent impuissants, la galvanocaustique, le sérum de Roux, l'électrolyse, ces derniers moyens essayés pour la première fois en semblable occurrence, n'ont produit aucun résultat. Le muco-pus recueilli sur la conjonctive et cultivé ne donna rien de particulier, des staphylocoques et des streptocoques; les inoculations dans la cornée et sur la conjonctive d'un lapin amenèrent un simple trouble passager; dans le liquide des bulles on rencontra des staphylocoques provenant sans doute de l'épiderme.

L'auteur pense que le pemphigus oculaire résulte d'une altération tro-

phique de la conjonctive et de l'épithélium cornéen due à une lésion nerveuse siégeant probablement sur la branche ophtalmique du trijumeau et ses ganglions.

Le lupus des voies lacrymales.

M. Morax relate une observation de double tumeur lacrymale liée à un lupus nasal dont le diagnostic fut établi par l'examen histologique et l'inoculation au cobaye. L'affection lacrymale avait été le premier et le seul symptôme révélateur du lupus nasal. La fréquence du lupus facial débutant au niveau de la région lacrymale, puis s'étendant à la joue, doit faire supposer que, dans ces cas, le processus lupique débutant par la muqueuse nasale, se propage à la muqueuse des voies lacrymales et de là à la peau de la région du sac lacrymal. L'auteur cite à l'appui de cette interprétation, l'observation d'un jeune homme de 20 ans, atteint d'une double affection lacrymale et d'une petite lésion lupique de la joue consécutive à l'ouverture d'un abcès du sac. L'injection de tuberculine mit en évidence une infiltration lupique discrète de la muqueuse nasale et des lésions bacillaires des ganglions cervicaux. Dans un autre cas qui a trait aussi à un jeune homme de 23 ans, l'existence d'une adénopathie cervicale fit supposer que l'affection lacrymale double dont il était atteint était de nature tuberculeuse. L'inoculation d'un lambeau de la muqueuse du sac démontra qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux. Il faut donc toujours penser à la possibilité d'une tuberculose des voies lacrymales chez les jeunes sujets porteurs d'une affection lacrymale dont l'étiologie ne peut être rattachée à la syphilis ou au traumatisme.

De l'herpès fébrile récidivant de la cornée.

M. Sulzer rapporte l'observation d'un malade atteint d'un rétrécissement uréthral et de cystite chronique depuis 1889, qui, quelques heures après une dilatation forcée de l'urèthre faite par Kocher, à Berne, en février 1896, fut pris de frissons violents, la température monta à 41° et le malade fut pris de délire et resta trois jours sans connaissance. Le quatrième jour, l'ouïe était abolie du côté droit. Tout le visage était couvert d'une éruption herpétique, ayant envahi également la muqueuse des cavités buccale, pharyngienne, nasale, les paupières, les conjonctives et les cornées. Le malade resta alité pendant six semaines ; l'œil gauche se guérit, mais l'œil droit devint toutes les trois semaines le siège d'une éruption herpétique, occupant les parties de la cornée situées en face du bord pupillaire. Aussitôt une éruption guérie, une nouvelle éruption survenait. Bientôt l'œil gauche prit part aux éruptions. Cet état dura huit mois.

A partir du moment où les cornées devinrent le siège d'éruptions herpétiques récidivantes, l'astigmatisme, qui depuis 1885 avait été déterminé à plusieurs reprises, changea dans des limites considérables, aussi bien en ce qui concerne son degré qu'en ce qui concerne la direction des axes Les différences constatées ont atteint 6°. Finalement la forme de la cornée redevint telle qu'elle fut avant les éruptions herpétiques. Ces changements de la courbure cornéenne peuvent rendre compte de l'asténopie qu'on observe à la suite des éruptions vésiculeuses de la cornée.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 7 novembre 1897.

Épidermolyse bulleuse héréditaire.

M. Ledermann présente une jeune fille de 16 ans, atteinte depuis l'âge de 3 mois d'épidermolyse bulleuse héréditaire. On ne peut pas dans ce cas démontrer l'hérédité. Les bulles, rapidement sanguinolentes, apparaissent à des intervalles irréguliers et guérissent sans cicatrice. Dégénérescence de tous les ongles des doigts et des orteils. En quelques points le lit unguéal est presque complètement ratatiné, et en partie recouvert d'une masse cornée irrégulière. Il est probable que cette altération des ongles date des premiers mois de la vie et a été occasionnée par des bulles qui étaient localisées dans le lit de l'ongle.

M. Herzfeld rappelle un cas semblable qu'il a présenté à la Société il y a deux ans ; plusieurs frères et sœurs étaient atteints et on pouvait constater la disposition héréditaire. Les ongles n'étaient pas aussi complètement dégénérés que dans le cas actuel.

M. Blaschko dit que chez le malade cité par Herzfeld et qui provenait de sa clinique l'affection de la peau était plus avancée et avait déterminé une atrophie considérable de l'épiderme.

Parakératose.

M. Ledermann présente un homme âgé qui depuis quatre ans a sur le dos des mains des plis qui s'accentuent graduellement. La maladie produit tout d'abord l'impression d'une atrophie symétrique, idiopathique, progressive de la peau. Sur les parties atteintes la peau présente de nombreux plis, elle n'est pas très dure, elle est sèche et sans éclat. Contre l'atrophie progressive on peut signaler l'épaississement modéré de la peau, qui ne présente nulle part un caractère atrophique ; on peut également éliminer l'ichtyose et la sclérodermie. L'examen microscopique montra une hypertrophie considérable de la couche cornée ; les fibres élastiques sont conservées. Anatomiquement cette affection rentre dans les parakératoses.

Lupus.

M. Mayer présente de nouveau les malades atteints de lupus traités par la nouvelle tuberculine et que Lassar a déjà montrés dans une séance précédente (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 203). Bien qu'une régression se soit produite dans tous les cas, cependant cette méthode ne saurait remplacer les autres traitements dont l'efficacité est reconnue. Mais on pourra l'utiliser comme complément, dans les cas où la localisation, l'étendue et les destructions trop considérables et trop profondes ne permettent pas l'emploi des autres remèdes.

Frambœsia syphilitique.

M. Plonski présente une malade atteinte de frambœsia syphilitique de la fosse narine droite, de la commissure buccale du même côté et de la nuque. Les tumeurs, qui sont assez étendues, sont saillantes et à surface plate, de consistance dure, avec de nombreux sillons, d'où émergent à la nuque de petits bouquets de poils. Pas d'ulcérations. A la face, la lésion

initiale, la papule spécifique est très caractérisée ; le début de l'affection remonte à plusieurs années. Cette forme de frambœsia se manifeste non seulement dans la syphilis, mais encore dans le frambœsia tropical ou Jaw, dans la dermatite papillomateuse du cuir chevelu, dans le lupus, dans les ulcères chroniques du pied et dans le sycosis parasitaire. Parfois ces masses papillomateuses ne cèdent pas au mercure seul, il faut en outre un traitement mécanique.

Myélite syphilitique.

M. Rosenthal présente un malade de 29 ans qui a contracté la syphilis en février 1894, et qui est atteint de myélite chronique siégeant dans la partie inférieure de la moelle dorsale et caractérisée par des troubles sensitifs et moteurs, qu'on peut rapporter aussi bien à une affection des cordons postérieurs que des cordons latéraux. C'est cet état qui a été décrit principalement par Westphal et Berger ; l'orateur a présenté il y a quelques années à la Société un cas semblable. Le premier traitement a été ici insuffisant.

Angiokératome.

M. Isaac présente un cas d'angiokératome multiple chez une fille de 15 ans, qui a gagné la face dorsale des mains et les surfaces d'extension des doigts des deux côtés. Comme traitement on emploiera le microcautère. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES BIOLOGIQUES DE BUCAREST

Séance du 21 mars 1898.

Des abcès lépreux.

M. Babès a constaté que le bacille lépreux produit parfois à lui seul des abcès, voire même des cavernes pulmonaires, de tous points comparables aux cavernes tuberculeuses. Il a eu également l'accasion d'observer des abcès lépreux dans la peau, contenant de véritables blocs de bacilles qui s'étaient substitués au protoplasma gonflé des cellules.

M. Petrini a observé chez un lépreux deux abcès des faces latérales du cou, dont le pus ne renfermait pas d'autre micro-organisme que le bacille de la lèpre.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

Séance du 4 avril 1898.

Xanthome tubéreux non glycosurique.

M. Bayet présente un malade atteint depuis 5 ans de xanthome ayant débuté aux coudes puis ayant envahi les mains et les fesses. L'éruption offre le type classique du xanthome tubéreux avec des nodosités jaunes, se réunissant pour former des tumeurs plus volumineuses atteignant aux coudes et au dos des mains le volume d'une noisette ; les plis de la main ont la coloration caractéristique du xanthome. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Ichtyose.

L'ichtyose, par E. ROBIN. 27 octobre 1897.

Cette thèse ne renferme aucun document original; l'auteur utilise sans critique suffisante des faits très contestables. A noter cependant ces constatations que la plupart des enfants ichtyosiques sont nés avant terme, que l'hydramnios est fréquent pendant la grossesse, que la consanguinité des parents a une influence hors de doute, que les enfants présentent d'autres troubles de formation : surdité, mutité, névropathie, quelquefois goitre, pied bot, bec-de-lièvre, etc., que chez les animaux l'ichtyose est souvent une cause de dystocie.

L'auteur fait de l'ichtyose une difformité et non une maladie cutanée ; elle est héréditaire, intra-utérine ou congénitale. Les lésions dites ichtyose acquise ou accidentelle ne rentrent pas dans le cadre de l'ichtyose.

L'ichtyose fœtale, qui est incompatible avec l'existence, est analogue à celle qu'on observe chez les animaux, le veau en particulier, et dont Goubeaux a réuni une douzaine de cas ; les animaux meurent quelques heures ou quelques jours, 4 au plus, après la naissance.

Infantiles (Dermatoses).

Contribution à l'étude des dermites simples de l'enfance, par TAKVORIAN. 22 juin 1898.

Thèse assez sommaire, résumant les idées de Jacquet et ne renfermant que deux observations inédites sans grand intérêt.

L'auteur conclut que les diverses dermatoses décrites sous les noms d'érythèmes fessiers, d'érythèmes vésiculeux ou papuleux, etc., forment en réalité une famille naturelle dont les diverses variétés sont intimement unies entre elles et méritent le nom de dermites simples. Ces dermites sont sous la dépendance des troubles digestifs, dont l'action est aidée par le froid, l'humidité, le frottement de linges trop rudes, l'insuffisance des soins de propreté, les lotions fréquentes faites avec des eaux calcaires, etc.

Lèpre.

Des troubles trophiques dans la lèpre, par R. VOLPER. 17 février 1898.

L'auteur n'apporte pas de documents personnels dans la question et conclut que les troubles trophiques de la peau, des muscles et du squelette, observés dans la lèpre, ne sont pas sous la dépendance des névrites périphériques qu'on y constate : la répartition des troubles sensitifs et des amyotrophies porte à penser que des lésions radiculo-spinales peuvent s'associer aux lésions névritiques ; d'ailleurs, divers auteurs ont rencon-

tré à l'autopsie des altérations matérielles du système nerveux central, des scléroses systématisées, et on a constaté la présence du bacille de Hansen dans la moelle d'un certain nombre de lépreux.

Des troubles sensitifs dans la lèpre, par H. Sterlin. 18 juillet 1898.

L'auteur de cette thèse développe les conclusions des recherches de M. Jeanselme sur la topographie et les caractères des troubles sensitifs dans la lèpre et accompagne sa description de plusieurs schémas.

Contribution à l'étude de la lèpre à Alger. Essais de sérothérapie antilépreuse (Méthode de M. le Dr Carasquilla) faits à la Clinique dermato-syphiligraphique d'Alger, par L. Barillon. 20 juillet 1898.

L'auteur rapporte les observations sur lesquelles se basent des conclusions de Gémy et Raynaud relatives à la fréquence de la lèpre en Algérie (voir *Annales de dermatologie*, 1898, p. 415) et insiste sur l'origine espagnole des cas de lèpre observés en Algérie.

Il rapporte ensuite en détail les tentatives de traitement par la méthode de Carasquilla qu'il a poursuivies sur 6 lépreux (2 de ces cas avaient été communiqués à la Conférence de Berlin). Il conclut de ces essais que le sérum du sang des lépreux provoque chez l'âne à qui on l'injecte des réactions qui sont surtout sensibles aux premières injections et à des doses variant de 15 à 20 centimètres cubes. Rien ne prouve cependant que ce sérum renferme le bacille de Hansen : recueilli aseptiquement, il a toujours été microbien.

Le sérum d'un âne soumis aux injections de sérum de sang lépreux a toujours produit, à certaines doses, chez les malades à qui il a été injecté par la voie hypodermique, des réactions plus ou moins violentes, caractérisées par des vertiges, des transpirations, des douleurs articulaires, une élévation de température de 1 à 2 degrés, parfois du délire, de la tachycardie, etc., commençant 4 à 6 heures après l'injection, disparaissant le lendemain ou au plus tard le surlendemain. Ces réactions ne sont pas toujours sans danger. Le sérum normal d'âne ne produit pas chez les lépreux les réactions que provoque le sérum antilépreux. Des 6 malades traités, un seul paraît avoir bénéficié temporairement du traitement sérothérapique, en ce sens que les tubercules se sont affaissés, mais cette amélioration n'a pas persisté. Aussi, en dernière analyse, l'auteur conclut-il que, pour le moment, on ne peut admettre la supériorité de la méthode sérothérapique sur les médications antérieurement préconisées contre la lèpre.

Lupus.

Des divers traitements du lupus érythémateux et en particulier du traitement par les courants à haute fréquence, par L. Calmels. 4 mai 1898.

L'auteur s'appuie sur 6 observations, déjà publiées par Bisserié, pour faire valoir la valeur des courants électriques de haute fréquence dans le traitement du lupus érythémateux, ou plus exactement de la forme à laquelle Brocq donne le nom d'érythème centrifuge symétrique. Ce traite-

ment a l'avantage de ne pas être très douloureux, de ne pas défigurer le sujet et de lui permettre de continuer ses occupations.

Médicamenteuses (Éruptions).

Des pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse, par E. Richard. 31 mars 1898.

A l'occasion d'un cas de pigmentation cutanée consécutive à une éruption bulleuse déterminée par l'antipyrine, l'auteur reprend l'étude des pigmentations d'origine médicamenteuse.

La mélanose arsenicale est indépendante de toutes les autres manifestations de l'arsenicisme ; elle est presque toujours primitive. Elle peut être généralisée ou localisée à certaines régions de prédilection, les régions naturellement pigmentées ou soumises à des frottements. Sa marche est indépendante de celle des maladies de peau qui peuvent coexister. Quelquefois, à la suite de lésions arsenicales gangréneuses, il y a des cicatrices noirâtres (pigmentations secondaires). Chez les femmes enceintes, chez les malades atteints d'affections pouvant donner de la mélanodermie, l'arsenic peut provoquer l'apparition de cette mélanodermie et la rendre plus intense.

L'antipyrine donne lieu à des pigmentations de 2 ordres : 1° celles qui succèdent aux éruptions papulo-vésiculeuses sont presque primitives ; la papule à peine formée a déjà la teinte qui subsistera par la suite ; elles présentent 3 caractères principaux, le petit nombre des éléments, l'absence de localisations spéciales, la production de récidives in situ, qui chaque fois augmentent l'intensité de la pigmentation ; 2° celles qui succèdent aux éruptions bulleuses ; elles ont la simple valeur de cicatrices pigmentées ; leurs éléments sont nombreux, comme les bulles ; les récidives ont lieu sans aucune règle.

Le bromure de potassium donne, mais rarement, de la mélanose primitive, plus souvent des lésions gangréneuses laissant des cicatrices noirâtres.

Il y a intérêt à diagnostiquer au plus tôt la véritable nature des troubles de la pigmentation, car plus la médication causale est continuée, plus la pigmentation a de tendance à devenir indélébile.

Traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique, par Pierridès. 19 juillet 1898.

Thèse faite sous l'inspiration de Thiéry. L'auteur donne d'abord une description très sommaire des érythèmes provoqués par l'iodoforme, le salol, l'acide phénique, le sublimé et l'acide picrique employés dans le pansement des plaies : il conclut de ce premier chapitre que, de ces divers agents, l'acide picrique est celui qui provoque le moins souvent des érythèmes, quoiqu'il en provoque parfois lorsqu'il est employé d'une façon incorrecte, en solution très concentrée, en poudre ou en pommade.

L'acide picrique, employé localement, peut modifier et très souvent guérir les érythèmes provoqués par les autres agents, en supprimant rapidement la congestion et les démangeaisons et en agissant tout à la fois comme antiseptique et comme kératoplastique. Son mode d'emploi

est le même que dans le traitement des brûlures (voir p. 812 l'analyse de la thèse de A. Debacq). L'auteur rapporte, un peu sommairement, 17 observations à l'appui de ses assertions.

Molluscum.

Contribution à l'étude du molluscum pendulum de la vulve, par A. Zaharoff. 19 juillet 1898.

Thèse sans originalité, à l'occasion de l'observation, sans grand intérêt et sans examen histologique, d'un molluscum de 6 centimètres de long du volume du petit doigt, implanté sur la grande lèvre gauche d'une femme de 40 ans.

Neurofibromatose.

De la dermofibromatose pigmentaire généralisée et de ses rapports avec la neurofibromatose pigmentaire généralisée, par J. Iehl. 27 avril 1898.

L'auteur ne donne aucune observation personnelle et ne fait que résumer des descriptions classiques. Il se base sur une analyse d'urine de Robin qui montre un abaissement de l'urée, de l'acide urique, une insuffisance d'oxydation des matières azotées, un abaissement de l'acide phosphorique, une diminution des matières tertiaires incomplètement oxydées, pour admettre qu'il y a évolution très imparfaite des matières albuminoïdes, insuffisance notable de la nutrition nerveuse, et que l'affection doit atteindre un organe, encore indéterminé, qui joue un rôle essentiel dans la nutrition. Il pense que l'affection pourrait être d'origine microbienne.

Contribution à l'étude de la neurofibromatose généralisée, par L. Hoisnard. 7 juillet 1898.

Cette thèse renferme une très intéressante et très complète observation de neurofibromatose avec autopsie. Au point de vue clinique, il faut y relever l'existence du diabète ; au point de vue anatomique, la présence de nombreuses tumeurs ayant des relations évidentes avec les nerfs, une entre autres du volume d'un œuf de pigeon sur le trajet du nerf médian droit dans l'aisselle ; une autre du volume d'un œuf de poule à la face antérieure de la jambe n'était pas en rapport avec un nerf et l'auteur pense qu'elle s'était développée sur un nerf qui s'est atrophié ultérieurement puis a disparu. Le nerf phrénique présentait de nombreux renflements moniliformes L'examen microscopique de la tumeur du nerf médian a montré qu'elle était due à une névrite inter-fasciculaire aboutissant d'une part à la dissociation puis à la disparition des fibrilles nerveuses, et d'autre part à la substitution au tissu nerveux d'un tissu de nature conjonctive. A l'autopsie, on constata de plus que les os du crâne étaient plus mous et plus spongieux qu'à l'état normal, de même que les côtes d'où la pression faisait sortir une abondante bouillie rouge ; les clavicules, d'une friabilité extraordinaire comme les côtes, se coupaient au scalpel.

L'auteur rapporte, à propos de cette dernière altération qui n'avait pas encore été signalée dans la neurofibromatose, une observation inédite de P. Marie dans laquelle il s'est développé en quelques mois une gibbosité

mobile considérable de la partie inférieure du sternum et une cyphose très prononcée de toute la colonne dorsale.

L'auteur pose, sans la résoudre, la question de savoir si cette cachexie osseuse surajoutée à la cachexie générale est sous la dépendance de la neurofibromatose du système sympathique.

Parasitaires (Dermatoses).

Essai sur la pathogénie de la mélanodermie parasitaire, par E. Cavanié. 2 février 1898.

L'auteur discute, à propos d'une observation de mélanodermie phthiriasique avec pigmentation de la muqueuse buccale, la pathogénie de cette mélanodermie; il réfute la théorie de l'origine toxique, celle qui place la pigmentation sous la dépendance du grattage, et, attachant une importance prépondérante aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles sont placés les malades, à leur âge, à leur état cachectique, aidés par les traumatismes répétés des grattages qui ont altéré les téguments, aux lésions inflammatoires de ceux-ci, à leur malpropreté, il pense que l'hyperpigmentation traduit la souffrance de la cellule du corps muqueux, qu'elle est un symptôme de tare cellulaire. C'est d'ailleurs pour lui la signification qu'il faut donner soit aux mélanodermies qui accompagnent un mauvais état général, soit aux pigmentations qui succèdent à des lésions locales graves de la peau. La pathologie générale montre que l'infiltration d'un protoplasma cellulaire quelconque par des substances étrangères ou impropres à sa nutrition est l'indice d'une déchéance.

Pelade.

Contribution à l'étude des doctrines pathogéniques et de la thérapeutique de la pelade, par E. Aubry. 2 décembre 1897.

Résumé consciencieux des doctrines relatives à la pathogénie de la pelade et exposé des principales méthodes proposées pour le traitement de cette affection. L'auteur y ajoute 27 observations assez écourtées de pelades généralement banales.

Il conclut de cette revue que la pelade semble être due à la présence d'un parasite agissant sur la papille pilaire dont il arrête le fonctionnement et qu'on peut concilier les deux théories, parasitaire et nerveuse, en admettant que l'agent pathogène agit sur le système nerveux, peut-être par l'intermédiaire des toxines. Certaines alopécies paraissent survenir sous une influence névropathique : on est obligé de les ranger dans la pelade ; la connaissance du parasite enseignera si on doit les en séparer.

La pelade peut guérir spontanément après une durée indéterminée. Il est nécessaire cependant de la traiter pour en abréger la durée et en empêcher la contagion à l'entourage du malade. Il n'y a pas actuellement de moyen de traitement qui donne une entière satisfaction, les résultats en sont trop incertains. Deux indications s'imposent dans ce traitement : combattre le parasite, exciter l'activité du follicule pileux. Aucune distinction n'était possible actuellement entre la pelade contagieuse et les peladoïdes trophoneurotiques, il faut dans tous les cas agir comme si on était en présence d'une affection parasitaire.

Professionnelles (Dermatoses).

Dermatose et onyxis professionnels. Mal des plongeurs, par C. Labelle. 11 juillet 1898.

L. décrit, d'après 9 observations de Thiéry, une altération épidermique et unguéale qui se développe, indépendamment de toute idiosyncrasie, de tout état diathésique, chez les plongeurs des restaurants.

Les lésions épidermiques sont constituées par un épaississement de l'épiderme de toute la face palmaire de la main et des doigts, avec conservation ou état fissuraire des plis normaux de la paume des mains et des articulations digitales ; à la pulpe des doigts, l'épiderme et le derme sont épaissis, tassés, parcheminés, l'extrémité digitale élargie et en forme de spatule. Les ongles, particulièrement ceux des quatrième et cinquième doigts de la main droite, qui sont les plus exposés aux contacts irritants et aux pressions, sont soulevés dans leur moitié antérieure, qui est devenue noire et bossuée, l'ongle est soufflé en moelle de sureau, sa partie libre détruite et soulevée par des couches cornées qui la séparent du lit.

Ces lésions résultent des manipulations professionnelles que les malades exécutent pour saisir et mouvoir les assiettes dans des récipients et de la macération de l'épiderme dans un liquide de température élevée et de composition chimique irritante : ce liquide, dans lequel se dissolvent, se combinent et s'émulsionnent les substances qui salissent les assiettes, est en effet de réaction fortement acide, et ses propriétés corrosives aident au nettoyage de la vaisselle, sans addition de substances étrangères quelconques.

La prophylaxie de ces lésions relève de l'hygiène professionnelle.

D'autres professions, dans lesquelles se trouvent réalisées les conditions pathogéniques voulues, peuvent donner lieu à de semblables altérations unguéales : l'auteur en cite des exemples chez un garçon de lavoir, une lessiveuse, un ouvrier plombier.

D'une callosité spéciale observée chez les fileuses de lin. Étude d'hygiène et de médecine légale, par G. Vaneecloo. 19 juillet 1898.

L'auteur décrit avec soin les callosités qu'il a recherchées et étudiées sur plusieurs centaines de fileuses de lin. Ces callosités sont dues aux pressions exercées par la main pour arrêter la rotation du volant, qui sert à l'enroulement du fil sur la bobine. Elles sont situées au nombre de deux à la région cubitale de la face palmaire de la main gauche, l'une à son tiers moyen, l'autre à la racine du petit doigt ; deux autres moins développées sont situées sur la première et la deuxième phalange du petit doigt, et assez souvent deux très petites aux racines des troisième et quatrième doigts. Ces callosités peuvent s'accompagner au début ou plus tard de douleurs, de gonflement, d'inflammation superficielle du derme, de phlyctènes, de bourses séreuses, d'abcès, de panaris, de rétraction du petit doigt. Leur production et leurs complications peuvent être combattues par l'emploi de protecteurs solides, et par les soins de propreté. Elles peuvent servir de signes d'identité pour les sujets qui en sont porteurs.

Purpura.

De la cachexie pigmentaire dans les purpuras, par L. Cardeilhac. 21 juillet 1898.

L'auteur développe, sans apporter de faits nouveaux, le mémoire publié récemment sur ce sujet par M. Apert (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 822).

Sclérème.

Étude sur le sclérème des nouveau-nés, par Léon Angot. 20 janvier 1898.

Description sans aucune originalité, à propos de trois observations personnelles. L'auteur adopte sur l'étiologie et le traitement de cette affection les opinions de Tarnier.

Sclérodermie.

Sur la nature de la sclérodermie, par M. Machtou. 23 décembre 1897.

M. donne une paraphrase d'une leçon clinique de Raymond (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 824) et conclut, sans apporter de faits nouveaux, à l'origine nerveuse de la sclérodermie, en se basant sur la marche clinique de la maladie, ses symptômes précurseurs, la symétrie des lésions, leur distribution suivant le trajet des nerfs périphériques, la constatation de lésions microscopiques du système nerveux central et périphérique, la coexistence avec d'autres affections nerveuses (goitre exophtalmique, myxœdème, tabes, paralysie infantile).

Quelques cas de sclérodermie localisée à distribution métamérique, par H. Drouin. 20 janvier 1898.

D. a recueilli dans le service de Thibierge deux remarquables observations de sclérodermie en bandes. La topographie des lésions ne correspondait pas à la sphère de distribution des cordons nerveux. Elle répondait, pour le premier cas, aux septième et huitième segments cervicaux et aux premier et deuxième segments dorsaux de Head, pour le membre supérieur gauche et la portion gauche du thorax ; au cinquième segment lombaire et premier segment sacré pour le membre inférieur. Dans le deuxième cas, les lésions correspondaient aux septième et huitième segments cervicaux.

D. rapproche ces deux observations de quelques autres cas, rapportés par des auteurs qui avaient cru trouver une superposition des lésions à la sphère de distribution d'un nerf périphérique : en réalité, les descriptions montrent qu'il n'y a pas adaptation des plaques aux territoires des nerfs, mais aux segments spinaux de Head.

D. rapproche également de ces cas des observations de nævi à disposition métamérique.

Il conclut que, s'il est des cas de sclérodermie localisée dont les lésions correspondent à des trajets ou à des départements anatomiques connus ou à un territoire de nerf radiculaire, il en est d'autres dont la topographie ne répond ni à ces territoires nerveux, ni à la répartition du système vasculaire normal. La théorie métamérique invoquée par Brissaud pour expliquer la topographie des éruptions postérieures et que cet auteur a récem-

ment invoquée aussi pour expliquer la marche de la sclérodernie généralisée, permet d'interpréter ces sclérodermies localisées et rend compte de leurs localisations. Ces cas relèvent très probablement d'une altération matérielle ou d'un trouble permanent limités à tel ou tel métamère, soit du grand sympathique, soit de l'axe médullaire.

De la coexistence de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde, par L. Samouilson. 21 juillet 1898.

L'auteur ajoute aux cas de Jeanselme, de Grünfeld, etc., une observation de sclérodermie survenue 10 ans après un goitre exophtalmique. A l'occasion de ce fait il étudie, avec soin et en s'aidant d'un grand nombre de travaux antérieurs, les rapports de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde.

Après une étude sommaire des différentes formes de la sclérodermie, il discute les diverses théories pathogéniques de cette affection et conclut à son origine nerveuse en se basant sur la topographie des lésions cutanées dans certains cas, sur les altérations constatées à l'autopsie, sur les atrophies musculaires concomitantes ; il pense que l'origine, trouble fonctionnel ou altération organique, est dans le système nerveux central plutôt que dans les nerfs périphériques.

Dans un autre chapitre, il montre que le goitre exophtalmique coïncide avec un certain nombre d'affections du système nerveux, syringomyélie, hystérie, chorée, etc., qu'on observe dans cette affection des œdèmes de sièges divers qui peuvent souvent être rapportés à une origine nerveuse, enfin qu'il y a une parenté entre le myxœdème et la sclérodermie, démontrée par l'analogie des symptômes cutanés et cérébraux dans le myxœdème et dans certains cas de sclérodermie, par les résultats favorables du traitement thyroïdien dans quelques cas de sclérodermie.

Enfin il expose les cas de coïncidence avec la sclérodermie d'altérations du corps thyroïde, goitre exophtalmique ou atrophie thyroïdienne et admet que la sclérodermie, qui relève d'une intoxication dans un certain nombre de cas, peut être la conséquence d'une intoxication par fonctionnement anormal du corps thyroïde. Le résultat du traitement thyroïdien, plus souvent favorable que nul, est un argument en faveur de cette théorie.

Teintures pour cheveux.

Des teintures pour les cheveux, de leurs dangers (**étude historique, clinique et médico-légale**), par G. Tissot. 7 juillet 1898.

Cette thèse renferme de très nombreux documents sur la question des teintures pour les cheveux, mais elle est rendue confuse par les efforts qu'a faits l'auteur pour réunir dans une même description tous les accidents causés par les diverses teintures, quelle que soit leur composition clinique.

Il arrive à cette conclusion que toutes les teintures jusqu'ici connues sont dangereuses, qu'elles peuvent déterminer des accidents inflammatoires ou toxiques et qu'il est nécessaire d'en réglementer la vente, les accidents devenant de plus en plus nombreux à mesure que l'emploi des teintures se généralise.

L'auteur rapporte quelques observations inédites dans lesquelles les accidents paraissent dus constamment à l'emploi de la paraphénylène-diamine. Il insiste plus particulièrement sur les troubles rénaux consécutifs à l'emploi des teintures et la présence de cylindres dans les urines dans plusieurs cas.

Thérapeutique dermatologique.

Étude sur la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau en général (pyodermites en particulier), par J. Jumelais. 3 novembre 1897.

L'auteur ne traite que très incomplètement cette question et ne sort guère des lieux communs. Il conclut que l'antisepsie est nécessaire et indispensable dans le traitement des maladies de la peau, parce que : 1° même à l'état normal la peau est sans cesse habitée par un grand nombre de micro-organismes saprophytes et pathogènes; 2° les agents de la suppuration profitent des écorchures et solutions de continuité que produisent dans l'épiderme les lésions superficielles pour pénétrer plus profondément et donner naissance aux éruptions pustuleuses ; 3° les pustules des pyodermites peuvent s'ouvrir, laisser les microbes qu'elles contiennent se répandre sur les parties voisines, les infecter et se généraliser ; 4° ces infections secondaires peuvent aboutir à des abcès et phlegmons profonds, quelquefois même à des affections aiguës des organes internes ; 5° toutes ces pyodermites sont contagieuses.

L'antisepsie doit être faite aussi rigoureusement que possible, à l'aide de substances appropriées, combinées à celles qui doivent modifier la maladie, et en évitant d'employer des solutions trop fortes.

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique, par R. Aubert. 10 novembre 1897.

Cette thèse est basée sur vingt-trois observations recueillies dans le service de Gaucher et reproduites d'une façon trop sommaire pour être démonstratives.

L'auteur conclut que les propriétés analgésiques, antiseptiques et kératoplastiques de l'acide picrique trouvent une indication dans certaines formes d'eczéma, les eczémas aigus vésiculeux, suintants, impétigineux, rouges et humides et toutes les poussées aiguës au cours d'un eczéma chronique. L'acide picrique est insuffisant dans l'eczéma chronique lichénoïde, mais il peut être employé dans cette forme pour calmer les démangeaisons. La guérison dans les eczémas aigus est obtenue en 10 à 15 jours. L'acide picrique n'est ni irritant, ni caustique, ni toxique ; il est applicable chez les enfants et sur de larges surfaces. Le pansement est facile à appliquer et doit être appliqué suivant la méthode de Thiéry dans le traitement des brûlures (voir p. 812 l'analyse de la thèse de A. Debacq.) Son seul inconvénient, qui ne suffit pas à le faire rejeter, est la coloration jaune donnée aux mains du panseur, coloration qui disparaît du reste facilement ou que l'on peut éviter par l'emploi des gants.

Contribution à l'étude du thiol dans le traitement des affections cutanées, par L. Garlopeau. 12 janvier 1898.

L'auteur rapporte sommairement et incomplètement quelques observa-

tions dans lesquelles l'emploi du thiol a donné de bons résultats : dans l'acné rosacée, il l'a vu faire disparaître la rougeur et le prurit, dans l'acné sébacée diminuer la sécrétion sébacée, dans l'eczéma aigu agir sur la rougeur et sur le prurit, dans l'eczéma chronique agir plus lentement mais cependant faire disparaître les phénomènes hyperhémiques, dans l'érythème et l'intertrigo influencer très heureusement les phénomènes hyperhémiques et inflammatoires, dans la lymphangite légère montrer des propriétés antiseptiques réelles.

De l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nævi materni, par O. Cros. 19 mars 1898.

L'auteur rapporte deux cas d'angiomes volumineux de la lèvre traités par la méthode bipolaire et reproduit une observation de Bergonié de nævus à marche rapide du cuir chevelu traité par la même méthode. Il conclut de ces observations que la méthode bipolaire peut remplacer avantageusement la méthode monopolaire positive dans le traitement des angiomes et des nævi materni. Les avantages de cette méthode sont : la limitation exacte de l'action électrolytique à l'espace interpolaire, la suppression des accidents et des phénomènes douloureux causés par les courants dérivés lorsqu'ils traversent un tronc ou un centre nerveux pour atteindre l'électrode indifférente, enfin la guérison rapide et la diminution du nombre des séances opératoires, l'utilisation des deux pôles et l'emploi de fortes intensités favorisent la prompte destruction des tissus. Dans les observations rapportées, les aiguilles en platine, isolées au niveau du point où elles pénétraient dans la peau, étaient placées au nombre de 2 à 6 à une distance de 1 centimètre au moins ; le courant employé a varié de 20 à 60 et même 90 milliampères. A la fin de la séance, on inversait le courant pour faciliter l'extraction des aiguilles sans hémorrhagie.

Essai d'étude sur la thérapeutique thyroïdienne, par D. Vico. 25 mai 1898.

L'auteur résume avec soin la plupart des travaux sur la médication thyroïdienne, en particulier dans les affections cutanées (psoriasis, lupus, syphilis) où les résultats ont été généralement médiocres, et insiste sur la necessité de ne manier cette médication qu'avec la plus extrême prudence, en raison de ses inconvénients et dangers immédiats et ultérieurs.

De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique, par A. Debacq. 29 juin 1898.

Cette thèse, écrite sous l'inspiration de Thiéry et assez travaillée, est un panégyrique assez sage de l'acide picrique.

Le médicament est utile dans le traitement des brûlures superficielles, de l'eczéma aigu, des ulcères de jambe, des érythèmes médicamenteux, de l'uréthrite blennorrhagique chronique.

Il a pour avantages d'être un antiseptique faible mais néanmoins efficace, de favoriser la fixation et le durcissement des tissus, la conservation des épithéliums, la kératogénèse, d'être analgésique et de supprimer la douleur des brûlures si on l'applique à un moment aussi rapproché que possible de l'accident.

Il n'est pas douteux que l'acide picrique produise des accidents, des érythèmes en particulier, des douleurs et des phénomènes d'intoxication,

mais ces accidents sont d'autant plus rares qu'on se rapproche des conditions régulières de son emploi.

Ces conditions sont les suivantes : l'acide picrique doit être employé en solution à 10 pour 1000 dans l'eau pour pansements ou pour immersion, ou en solution alcoolique à 10 pour 100 pour badigeonnages. Le pansement doit sécher le plus rapidement possible, et être renouvelé rarement, à moins de douleur; il ne faudra jamais y associer de corps gras.

Des divers traitements des brûlures et contribution à leur traitement par l'acide pyrogallique, par E. Bélaubre. 12 juillet 1898.

Thèse faite sous l'inspiration de Thiéry. L'acide pyrogallique, en solution à 1 p. 100 dans de l'eau additionnée de 1/10 d'alcool, est un bon analgésiant pour le pansement des brûlures. A cette dose, assez faible pour éviter toute crainte d'accident, il est antiseptique. L'acide pyrogallique est un agent kératoplastique qui, par les résultats qu'il donne, peut être mis sur le même pied que l'acide picrique dans les mêmes circonstances. La cicatrisation des plaies se fait de la même manière avec l'acide pyrogallique et avec l'acide picrique. Dans les 2 cas, il y a un processus de réduction et un processus de déshydratation. L'acide pyrogallique doit, malgré ces propriétés, être employé avec prudence en raison de sa toxicité relativement assez forte.

Dans les brûlures trop étendues, il sera prudent de recourir de préférence à l'acide picrique.

D'une application nouvelle des scarifications linéaires dans les œdèmes chroniques scrofuleux, par P. Giraud. 21 juillet 1898.

L'auteur passe rapidement en revue les principales applications des scarifications linéaires et rapporte deux cas d'œdème scrofuleux chronique de la lèvre supérieure, modifiés en un temps assez court par cette méthode qu'il préconise particulièrement.

L'acétate de thallium en thérapeutique, par L. Vassaux. 12 juillet 1898.

L'acétate de thallium, préconisé par Combemale contre les sueurs des phtisiques a, en effet, une action nette contre celles-ci, et ses effets se prolongent pendant plusieurs jours ; mais il provoque souvent (8 fois sur 34) une chute en masse des cheveux et des poils débutant par plaques alopéciques de forme arrondie rappelant la pelade ; la racine des poils est considérablement atrophiée. Cet inconvénient est assez grave pour faire proscrire son emploi.

Troubles trophiques.

Contribution à l'étude du traitement du mal perforant plantaire, par L. Monod. 28 octobre 1897.

L'auteur étudie avec quelques détails les différents modes chirurgicaux du traitement du mal perforant et, sans donner de conclusions fermes, est disposé à se prononcer en faveur de l'élongation simple, de préférence à la neurotripsie et au hersage. Quel que soit le procédé employé, l'opération doit toujours être suivie du curettage complet du foyer infectieux, condition indispensable de la réussite. Le diabète paraît être une contre-médication à l'élongation.

Contribution à l'étude du mal perforant plantaire, par Jules Labbé. 19 janvier 1898.

Description sans aucune originalité du mal perforant plantaire. L'auteur insiste surtout sur le traitement ; il donne les observations de 8 cas de mal perforant guéris par le repos et celles de 4 autres cas guéris par l'élongation du nerf sciatique et se déclare partisan de cette méthode dans les cas où le repos seul est insuffisant à amener la guérison.

Du mal perforant buccal, par R. Baudet. 23 mars 1898.

B. a recueilli 7 observations (dont 3 personnelles) de mal perforant buccal ; il y joint 10 observations de chute spontanée des dents et de résorption du maxillaire. Il conclut de ces différents matériaux que la résorption progressive des arcades alvéolaires, que l'on peut avec assez de raison dénommer *mal perforant buccal*, est un trouble trophique des maxillaires. Ce mal perforant débute par la chute spontanée des dents, se continue pas la résorption des rebords alvéolaires et se termine par les perforations palatines. Ce dernier degré est rarement atteint.

Le mal perforant buccal, par son siège sur le rebord des alvéoles, sa marche progressive, les troubles de sensibilité (sensations d'agacement, d'écartement des dents, névralgies faciales, douleurs lancinantes, en coup de canif, parfois très douloureux ; perversion du goût dans un cas, anesthésie tactile et douloureuse presque constante au niveau des ulcérations, au pourtour des perforations, sur la muqueuse buccale, sur la langue, sur la peau de la face, principalement les joues et le menton, variable en intensité et en étendue) qui l'accompagnent, se distingue très nettement des perforations syphilitiques de la voûte palatine avec lesquelles on peut le confondre.

La plupart des observations de mal perforant buccal concernent des ataxiques ; mais il y a quelques exceptions, et certains malades ne sont pas ataxiques, ou du moins ne le sont pas au moment où on les observe. Aussi faut-il penser que la syphilis, par exemple, ou la paralysie générale peuvent déterminer de semblables lésions en dehors du tabes.

Il n'y a pas un seul cas de mal perforant buccal dans lequel on ait fait l'examen histologique des nerfs, de la moelle et du bulbe ; mais dans 2 cas de chute spontanée des dents et de résorption des alvéoles avec ou sans fistules, on a trouvé des lésions névritiques du trijumeau, noyaux d'origine et tronc nerveux ; on est donc amené à penser que le mal perforant buccal, terme ultime de ces lésions, est lié aussi à des lésions nerveuses du trijumeau ; les troubles nerveux généraux et locaux plaident en faveur de cette hypothèse.

Des troubles vaso-moteurs dans l'hystérie, par J. Attal. 30 juin 1898.

L'auteur rapporte 2 observations de troubles vaso-moteurs chez des hystériques, un cas d'œdème bleu chez un homme de 32 ans et un cas de cyanose du membre supérieur chez une femme de 33 ans. Les réflexions qui accompagnent les observations ne présentent aucun intérêt.

Tuberculides.

Contribution à l'étude de la folliclis, par L. Beauprez. 20 juillet 1898.

L'auteur reprend, sans donner les raisons, la dénomination aujourd'hui

abandonnée de folliclis, pour désigner les lésions décrites par Darier sous le nom de tuberculides et qui ont été l'objet de discussions et de présentations multiples à la Société de dermatologie. Il en rapporte, avec planche histologique, un examen histologique inédit fait par Veillon et donne un résumé étendu de la plupart des observations publiées jusqu'ici.

Cette étude, très soignée, se termine par les conclusions suivantes :

La folliclis est une entité morbide bien distincte, à retrancher désormais du groupe vague et mal déterminé des folliculites. C'est un type clinique des plus rares, caractérisé par des nodosités dermiques aplaties, papuleuses au début, puis pustuleuses et souvent ombiliquées. Son évolution est essentiellement chronique, se fait par poussées successives et se termine toujours en laissant une cicatrice d'abord fortement pigmentée en brun ou en noir et ressemblant dans la suite aux cicatrices de variole.

Les recherches anatomo-pathologiques montrent que cette affection semble prendre naissance exactement et exclusivement dans les follicules soit sébacéo-pileux, soit sudoripares, voire dans leur portion intra-dermique.

La pathogénie de cette affection est encore obscure. La clinique montre une relation évidente entre la folliclis et la tuberculose. L'histologie, l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'inoculation des produits morbides aux animaux ne donnent pas de preuves permettant d'affirmer cette relation.

La recherche des bacilles de la tuberculose dans les lésions a toujours été négative.

Les examens histologiques ne montrent pas les lésions caractéristiques des nodules tuberculeux. La présence de cellules embryonnaires très nombreuses autour des glandes sudoripares et des follicules sébacéo-pileux indique seulement que ces organes sont le siège d'une inflammation assez vive qui aboutit à la nécrose et à la suppuration.

L'ensemencement du pus de ces lésions, fait avant que les infections et les inoculations secondaires venant de l'extérieur se soient produites, est resté sans résultat.

L'inoculation des produits morbides aux cobayes n'a pas donné de lésions tuberculeuses. Elle est restée également infructueuse.

En présence de ces faits, l'opinion la plus généralement admise à l'heure actuelle, c'est que la folliclis serait une manifestation de l'action sur la peau des toxines tuberculeuses élaborées dans des foyers viscéraux ou ganglionnaires, et arrivant aux téguments par la voie sanguine ou par la voie lymphatique.

Si l'on admet cette interprétation, on pourra rapprocher de la folliclis, toute une série d'affections cutanées ayant la même étiologie et sur la nature exacte desquelles on n'est pas encore bien fixé ; acnitis, lichen scrofulosorum, lupus pernio, acné des cachectiques, érythème induré des jeunes filles, etc. Ces diverses affections pourraient alors former un nouveau groupe, celui des tuberculides, et l'on aurait dans ces conditions un groupe morbide analogue à celui des syphilides, et à celui des diabétides.

Cette manière de voir constitue une hypothèse très séduisante que la

clinique semble confirmer, mais à laquelle les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales n'ont donné aucune sanction. Elle a le mérite de jeter une certaine lumière sur les relations qui unissent la tuberculose et les maladies de la peau, mais jusqu'à présent ce n'est qu'une hypothèse et la question des tuberculides, pour être tirée au clair, nécessite encore de nouveaux travaux.

Tuberculose cutanée.

De l'action curative des injections intra-musculaires profondes de calomel dans la tuberculose cutanée, par M. Pavie. 8 décembre 1897.

L'auteur reprend, sans observations personnelles, cette question qui a fait l'objet de présentations et de discussions répétées à la Société de dermatologie. Il conclut que l'action curative du calomel, constatée dans certaines ulcérations tuberculeuses et en particulier dans certaines formes de lupus, n'est pas due à une série d'erreurs de diagnostic ayant fait prendre des ulcérations syphilitiques pour des ulcérations tuberculeuses, mais à ce que le calomel agit aussi sur des lésions autres que les lésions syphilitiques. Cette méthode ne peut d'ailleurs, en raison de ses inconvénients et de ces accidents, être considérée que comme une méthode d'exception tant qu'on n'aura pas constaté, par l'épreuve du temps, sa valeur réellement curative.

Xanthome.

Du xanthome des glycosuriques, par G. Quivy. 27 avril 1898.

Q. rapporte une observation de xanthome remontant à une dizaine d'années et caractérisée par six tumeurs saillantes allant jusqu'au volume d'une noix et occupant les faces palmaire et dorsale des doigts, dans leur continuité ou au niveau des articulations, affection développée chez un homme de 43 ans, atteint de glycosurie passagère. A l'occasion de cette observation, qui s'écarte tellement des cas de xanthome des glycosuriques jusqu'ici connus que le diagnostic doit en être considéré comme douteux, Q. reprend l'étude du xanthome des glycosuriques et conclut que les caractères spéciaux, qui ont servi à quelques auteurs à l'individualiser, ne sont pas constants, qu'il est difficile d'en faire une espèce absolument distincte et qu'il pourrait être considéré comme une variété du xanthome vulgaire.

Zona.

Contribution à l'étude du zona ophtalmique, par D. Sulzer. 26 mai 1898.

Cette thèse, un peu diffuse, renferme quelques documents intéressants, entre autres trois observations inédites de zona ophtalmique accompagné de kératite interstitielle sans lésions épithéliales ; l'auteur croit que les infiltrations cornéennes précoces et étendues observées en même temps qu'une éruption vésiculeuse sont des kératites interstitielles primitives.

L'auteur signale les variations de l'état de la pupille dont la contraction peut être due à un certain degré d'iritis, et dont la dilatation peut être le

seul symptôme d'une paralysie de la troisième paire; le plus souvent, la pupille est paresseuse.

Des paralysies accompagnent un certain nombre de cas de zona ophtalmique : paralysie de la troisième paire, ou de la sixième paire, exceptionnellement de la quatrième, d'autres fois, paralysie faciale, laquelle est plus fréquente à la suite du zona cervico-occipital ; on peut aussi observer une névrite optique.

L'auteur discute la pathogénie de ces paralysies et montre qu'il est difficile de les attribuer, dans tous les cas, à la propagation de l'inflammation par l'intermédiaire des filets anastomotiques du ganglion de Gasser aux nerfs dont elles dépendent, théorie admise pour la plupart des complications du zona ophtalmique. Il se peut que l'agent morbide, cause du zona, agisse primitivement sur plusieurs troncs nerveux, ou qu'une névrite primitive d'un point quelconque de la cinquième paire gagne de proche en proche les troncs nerveux sans suivre les filets nerveux qui leur sont reliés.

L'auteur conclut que la plupart des cas de zona ophtalmique, particulièrement ceux qui s'accompagnent de kératite interstitielle primitive, de paralysies isolées des muscles oculaires ou d'ophtalmoplégie, de névrites optiques, doivent être considérés comme symptomatiques d'une affection encéphalique. Ce ne sont pas des cas de fièvre zoster, mais des éruptions zostériformes.

Tandis que le pronostic de la fièvre zoster est bénin, le pronostic des éruptions zostériformes de la cinquième paire est réservé aussi bien en ce qui concerne les troubles ultérieurs, les lésions oculaires qu'en ce qui concerne les troubles ultérieurs nerveux ou autres.

Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale, par G. Dupau. 19 juillet 1898.

A propos d'un cas de zona ophtalmique survenu cinq mois avant le début des troubles caractéristiques de la paralysie générale, l'auteur a recueilli onze cas de zona de sièges variés, chez des paralytiques généraux ou avant le début de la paralysie générale. Il rapproche le zona et en particulier le zona facial de la migraine ophtalmique prodromique de la paralysie générale et le considère, non comme un véritable zona, mais comme un zostéroïde dans la plupart des cas. D'une discussion assez confuse, il conclut que le zona survenant au début ou au cours de la paralysie générale peut être dû, soit à une lésion précoce de l'axe cérébro-spinal, soit à une lésion périphérique précoce atteignant le nerf ou le ganglion, lésion périphérique qui semble secondaire à la pachyméningite : c'est à ce titre que le zona facial est plus spécial à la paralysie générale que les zonas d'autres sièges. G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acrodermatites.

Les acrodermatites continues, par Hallopeau. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 12 février 1898, p. 97.

H. reprend dans ce travaill a description complète de l'affection dont il a, dans ces derniers temps, entretenu à plusieurs reprises la Société de dermatologie.

Il conclut de l'ensemble des documents qu'il a réunis qu'on doit distinguer, sous le nom d'*acrodermatites continues*, des éruptions caractérisées par leur localisation aux extrémités des membres et leurs récidives incessantes ; leur point de départ peut être, soit une inflammation traumatique, soit une tro phonévrose vésiculeuse ou bulleuse; elles peuvent affecter la forme vésiculeuse, pustuleuse ou mixte; elles s'accompagnent de dystrophie et souvent de chute des ongles. La forme purulente peut se compliquer d'éruptions généralisées et intéressant la muqueuse buccale; elle prend alors les caractères de l'impétigo herpétiforme et mérite le nom d'*infection purulente tégumentaire*. La forme vésiculeuse diffère de l'eczéma par sa localisation fréquente à un ou plusieurs doigts d'une seule main, le défaut d'agglomération des vésicules et la nature des sensations subjectives qui ont le caractère, non de prurit, mais de cuisson, par la résistance opiniâtre à tous les moyens de traitement, par la limitation exacte des lésions. La forme purulente diffère de la dermatitis repens de Crocker par sa localisation possible aux extrémités et sa dissémination en foyers multiples ; elle peut n'être qu'une localisation initiale de l'impétigo herpétiforme.

Au point de vue pathogénique, ces altérations sont dues à des infections locales, modifiées en raison de l'épaisseur et de l'adhérence de l'épiderme des régions atteintes ; la propagation des lésions aux quatre extrémités est la conséquence de troubles dans l'innervation vaso-motrice et trophique. Les poussées généralisées sont dues vraisemblablement au transport et à la multiplication des microbes.

Le pronostic est toujours sérieux en raison de la durée indéfinie et, dans les formes suppuratives, des toxémies secondaires. G. T.

Chéloïde.

De la chéloïde (Del cheloïde), par V. Mantegazza. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, fasc. 546, p. 513 et 738.

Dans une 1re partie M. fait l'histoire de la chéloïde en général, en y comprenant avec les chéloïdes qui peuvent occuper les diverses parties du corps, la lésion décrite par Bazin sous le nom d'acné chéloïdienne de la nuque.

Dans la 2e partie, il rapporte 23 observations ayant trait à toutes les formes de la chéloïde (les plus nombreuses concernant les cas de chéloïde

de la nuque), puis il décrit la symptomatologie, en mettant en relief ce fait que toutes les formes de chéloïde peuvent être comprises dans une unique entité clinique comportant 3 variétés différentes : *a*) chéloïde des diverses régions du corps, autrement dit chéloïde vraie ou spontanée, que l'on admet être toujours en rapport avec de petites lésions de nature très différente et qu'il n'est pas toujours possible de démontrer ; *b*) chéloïde cicatricielle, qui se développe toujours sur des cicatrices assez étendues, secondaires à des lésions lupiques ou syphilitiques, à des brûlures, etc. ; *c*) chéloïde de la nuque qui, en raison de son siège, s'accompagne de lésions pustuleuses, à forme acnéique. M. ne croit pas devoir admettre la dénomination d'acné chéloïdienne, parce que, lorsqu'on suit pendant longtemps la marche de la maladie, on peut se convaincre que les pustules acnéiques peuvent manquer au début et pendant tout le cours de la maladie, en particulier chez des sujets qui ont soin de nettoyer et de désinfecter la lésion ; de plus, il faut remarquer que les lésions, dans cette affection, ne sont pas celles qui caractérisent l'acné.

Dans la 3e partie, M. étudie l'anatomie pathologique de la chéloïde, en se basant surtout sur les lésions de la chéloïde de la nuque, dont il a pu étudier plusieurs cas ; il fait ressortir qu'il s'agit d'un processus inflammatoire chronique, hyperplasique, qui, occupant le derme, en particulier au voisinage des follicules, est représenté par des éléments cellulaires divers (cellules plasmatiques de Unna, cellules lymphoïdes, mastzellen, cellules géantes, fibroblastes), qui se transforment graduellement en faisceaux fibreux plus ou moins abondants suivant l'intensité et la durée de la maladie. Dans les follicules et autour d'eux on trouve des lésions de suppuration qui se traduisent par des accumulations de cellules lymphoïdes polynucléées. Les glandes sébacées, qui ne sont pas les premières atteintes par le processus, sont le plus souvent détruites d'une façon précoce par la suppuration folliculaire ou périfolliculaire.

L'auteur décrit en outre des corpuscules, plus nombreux dans les cas anciens que dans les cas récents, de forme ronde ou ovale, plate ou prismatique, de volume variant de 2-3 μ à 18-20 μ, de structure homogène, à contours nets. Le plus souvent, ces corpuscules sont réunis en groupes dans le protoplasma des cellules : cependant, quand ils sont très nombreux, l'élément cellulaire est détruit et les corpuscules apparaissent entre les cellules. On peut démontrer leur présence par la méthode de coloration que Russel a proposée pour les corps fuchsinophiles décrits par lui dans le cancer, par la méthode de Sanfelice pour les blastomycètes et par d'autres méthodes plus simples de coloration. M. a appliqué ces mêmes méthodes de coloration à des coupes de rhinosclérome et a pu observer que les corps dits hyalins ont les mêmes caractères que les corpuscules de la chéloïde, et que ceux-ci ne diffèrent pas des éléments décrits dans le cancer par Sanfelice, dans l'esthiomène de la vulve, l'éléphantiasis des petites lèvres et l'acné éléphantiasique par Del Chiappa. L'auteur ne peut se prononcer définitivement sur la nature des corpuscules de Russel qu'il a observés dans la chéloïde ; cependant il y a lieu de penser qu'ils ne peuvent pas être considérés comme des blastomycètes, parce que 1° on les rencontre dans des maladies très différentes; 2° on les rencontre dans le rhinosclérome, dont on connaît, jusqu'à preuve du contraire, l'agent patho-

gène ; 3° ils sont plus nombreux dans les lésions anciennes que dans les lésions récentes ; 4° on ne peut les cultiver sur les milieux convenables, alors que les blastomycètes se développent bien sur les milieux habituels de culture ; 5° en même temps que des formes corpusculaires typiques, on en trouve d'autres qui ne peuvent être morphologiquement comparées à des blastomycètes. Mettant de côté la théorie blastomycétique, l'auteur tend à considérer les corpuscules de Russel comme des produits de dégénérescence cellulaire.

Au sujet de la nature des lésions de la chéloïde, M. exprime l'avis que, en tenant compte des éléments cellulaires qui constituent l'infiltrat et de leur disposition, on doit admettre qu'il y a dans la chéloïde un granulome, qui se différencie des granulomes communs par l'absence des lésions dégénératives. En outre, on ne peut placer la chéloïde dans la catégorie des lésions infectieuses, car, dans tout le cours de sa longue durée, il ne se produit ni métastases, ni phénomènes généraux spécifiques.

Dans une 4e partie, M. expose ses recherches bactériologiques qui, dans quelques cas de chéloïde de la nuque, lui ont permis de constater la présence d'agents pyogènes.

En dernière analyse, M. pense que la chéloïde est une de ces maladies qui peuvent s'expliquer par le concours de causes générales prédisposantes (névroses, troubles des échanges nutritifs, scrofule), et de causes locales irritantes (actions mécaniques répétées, traumatismes, agents pyogènes ou leurs toxines). *(Résumé par l'auteur.)*

Chondrome.

Sur un chondrome de la peau, par E. Tailhefer. *Archives provinciales de chirurgie*, 1897, p. 743.

Tumeur du volume d'un gland de chêne, pédiculée, très dure, non douloureuse, adhérente à la peau qui avait conservé son aspect normal, située au milieu du sillon génito-crural chez une femme de 72 ans. A l'examen microscopique, la tumeur est formée partiellement de tubes glandulaires noyés dans du tissu cartilagineux. Le tissu cartilagineux provient de la transformation sur place du tissu conjonctif, et la métamorphose a débuté dans la gaine des tubes glandulaires ; quant aux éléments épithéliaux qui ont l'aspect de glandes en tubes, il est impossible de déterminer exactement leur véritable nature. G. T.

Dermatite exfoliatrice.

Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (Sopra un caso di dermatitis exfoliativa neonatorum), par F. Pagliari. *La Pediatria*, novembre 1897, p. 317.

Fille de 2 jours, pesant 1,922 grammes, quoique son squelette soit bien développé. Ictère assez prononcé. Lésions cutanées généralisées, ressemblant à celles d'une brûlure, épiderme tout à fait détaché par places, encore lâchement adhérent en d'autres points, raide, donnant la sensation d'une très mince couche de parchemin ; en aucun point, il n'y avait de bulles, de vésicules, ou d'autres éruptions ; dans les points où les lésions étaient le plus avancées, sur la face externe des avant-bras, sur l'abdomen et sur les membres inférieurs, l'épiderme présentait des plis assez accu-

sés; autour des narines et surtout autour des lèvres et sur le menton, l'épiderme ancien était déjà détaché, de sorte qu'on n'y voyait que des lambeaux enroulés et soulevés. Mort au 6e jour. A l'examen histologique, nombreux amas de squames constitués par des cellules réduites à de longues lamelles cornées ; pas de distinction entre les diverses couches épidermiques ; légère augmentation d'épaisseur des cônes malpighiens. Dans le derme, abondante infiltration de leucocytes dans le corps papillaire, principalement le long des anses vasculaires ; très nombreux leucocytes dans les tubes des glandes sudoripares. G. T.

Lupus érythémateux.

Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence, par Bisserié. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1898, p. 209.

L'auteur a traité par des applications de courants électriques de haute fréquence (appareil de d'Arsonval) prolongées pendant une ou deux minutes au maximum, dix malades atteints de lupus érythémateux. Ces applications déterminent une pâleur très accentuée du point traité suivie bientôt d'une rubéfaction intense s'étendant assez loin en dehors du point soumis à l'effluve, s'accompagnant d'une sensation de cuisson assez prononcée et à laquelle succède la formation de croûtelles très minces s'enlevant avec la plus grande facilité. Il se produit des modifications très appréciables au bout de trois ou quatre séances ; dans tous les cas, il y a eu rapidement une amélioration notable; chez deux malades, la guérison était complète après 14 et 18 applications. G. T.

Purpura.

Pathologie du purpura hémorrhagique (A contribution to the pathology of purpura hæmorrhagica), par J. Mason. *Australasian medical Gazette*, 20 mai 1898, p. 203.

Un homme bien portant est pris tout d'un coup d'hémoptysies et au bout de douze heures il avait des hémorrhagies par toutes les voies. Trente heures après le début on constate que tout le côté droit de la langue est occupé par un large foyer hémorrhagique; le voile du palais est grisâtre, criblé de trous d'où le sang coule comme d'une éponge; la bouche présente des taches purpuriques çà et là ; tout le corps est couvert de macules de purpura en telle abondance qu'on pouvait à peine toucher un point de peau saine ; les urines ressemblaient à du sang pur et un purgatif amène des selles sanglantes.

L'origine de la maladie paraissait être une plaie superficielle de la face dorsale du pouce, faite six heures avant le début des hémorrhagies par le pied d'un mouton qu'il cherchait à attraper ; cette plaie était fongueuse, ecchymotique.

Les cultures du sang firent trouver un bacille analogue à celui de Russell et Watson Cheyne; leur inoculation aux rats et aux souris produisit une diminution de la coagulabilité du sang, deux fois des ecchymoses sous-muqueuses et une fois une véritable hémorrhagie.

Le malade guérit après un traitement par le chlorure de calcium et la Hazeline. W. D.

Foie pigmentaire à la suite de purpuras répétés, par E. Apert. *Bulletin médical*, 10 juillet 1898, p. 665.

Homme de 34 ans, ayant depuis une douzaine d'années, à chaque printemps, de la faiblesse et de l'engourdissement douloureux des membres inférieurs, qui depuis 5 ou 6 ans s'accompagnent de taches purpuriques d'abord localisées aux pieds et aux malléoles et ayant ensuite augmenté d'étendue et d'intensité chaque année ; la dernière poussée remonte à un mois, a été plus forte que les précédentes, s'est accompagnée d'ecchymoses de plus en plus larges, et d'hémoptysie; en même temps, fièvre, cachexie, muqueuses décolorées, visage blafard avec coloration brun jaunâtre rappelant celle de certains chloasmas sur les pommettes et le pourtour des yeux ; foie volumineux, pas de glycosurie, ni d'albuminurie; épistaxis abondante, mort rapide. A l'autopsie, le foie présente les caractères de la cirrhose hypertrophique pigmentaire ; lésions semblables dans le pancréas, les ganglions lymphatiques péri-pancréatiques et périaortiques, et dans quelques ganglions mésentériques et inguinaux ; purpura sous-pleural sur les deux poumons et sous-péricardique; présence d'une grande quantité de fer dans le foie et les ganglions.

Cette observation reproduit, la glycosurie exceptée, tous les symptômes du « diabète bronzé », que l'on peut observer d'ailleurs sans glycosurie dans l'alcoolisme et dans la tuberculose. Des faits analogues avec purpura ont été observés par Hanot et par Letulle, et dans d'autres cas on a trouvé à l'autopsie des hémorrhagies viscérales, anciennes ou récentes. Il semble donc que cette maladie pigmentaire s'observe dans une série variée d'états pathologiques, comme conséquence de la destruction des globules rouges avec mise en liberté de l'hémoglobine : le purpura est au nombre des états pathologiques qui peuvent la provoquer. G. T.

Deux cas de purpura infectieux, par J. Lapin. *La Médecine moderne*, 9 avril 1898, p. 225.

I. — Fillette de 4 ans, ayant depuis huit jours des pétéchies sur les jambes et les cuisses, sans aucun trouble de la santé générale; épistaxis abondante ; guérison rapide ; légères tendances hémophiliques dans la famille. Le sang extrait aseptiquement de la veine donne, par la culture, un micrococque réuni en grappes ou plus rarement en courtes chaînettes, aérobie, cultivant dans le bouillon, sur gélose et sérum solidifié, mais non sur gélatine et ayant une grande analogie avec celui signalé par Martin de Gimard.

II. — Homme de 25 ans, atteint d'insuffisance mitrale et aortique, pris brusquement de larges placards purpuriques sur les membres et le tronc ; on trouve des traces d'herpès labial qui a dû être la porte d'entrée de l'infection ; le lendemain, T = 39°, mort trente heures après la constatation des premières ecchymoses. A l'autopsie, quelques suffusions sanguines sous la capsule du rein et entre les muscles abdominaux. Le sang recueilli dans une veine quelques heures avant la mort montre à l'examen direct des chaînettes nombreuses mais courtes d'un streptocoque très petit, le plus souvent assemblé en diplocoque, qui cultive dans le bouillon, donne sur gélose et sur sérum gélatinisé de petits points blanchâtres, semi-transparents, distincts les uns des autres.

L'auteur conclut de ces deux observations que le purpura infectieux

n'est pas toujours fébrile, et on ne doit affirmer la nature non microbienne d'un purpura qu'après l'examen bactériologique ; même dans le cas de septicémie, l'examen bactériologique pour être probant doit être fait dans les premières heures qui suivent l'apparition des ecchymoses ; le rôle de la prédisposition individuelle est indubitable ; outre l'hémophilie, on peut compter encore parmi les facteurs prédisposant au purpura le surmenage, l'alcoolisme, les lésions rénales et hépatiques, etc., et aussi dans certains cas les affections cardiaques qui favorisent la stase sanguine et augmentent la pression intravasculaire périphérique. G. T.

Sarcome cutané.

Sarcomatose de la peau (Beitrag zur Kenntniss der Sarcomatosis cutis), par G. Tandler. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 163.

Il s'agit d'un cas de sarcome pigmentaire idiopathique multiple observé à la clinique du professeur Pick sur une fillette de 12 ans. La plupart des doigts des mains, surtout l'index et le médius de la main droite, principalement autour des articulations phalangiennes, présentent des épaississements constituant de véritables difformités. Cet épaississement, qui a aussi envahi la face palmaire des première et deuxième phalanges de ces doigts, est occasionné par de nombreuses nodosités de la grosseur d'un pois à celle d'un noyau de cerise, provenant des parties profondes de la peau et il est difficile de les détacher des tissus sous-jacents. Ces nodosités sont isolées, ou confluentes ; la peau sus-jacente est cyanosée, en quelques points un peu amincie.

La main droite est beaucoup plus fortement atteinte que la main gauche.

La paume des mains est peu envahie ; du côté droit, nodosités isolées dans le voisinage le plus immédiat de l'articulation métacarpo-phalangienne des deuxième et troisième doigts.

Sur la face dorsale des mains, la peau a une pigmentation brun foncé, une traînée de même couleur, de plusieurs centimètres de largeur, s'étend le long du côté cubital des deux avant-bras, allant du poignet à la face d'extension du coude ; de chaque côté de l'articulation cubitale au-dessous de l'olécrâne plusieurs nodosités confluentes de même volume et de même nature que celles des doigts ; la peau sus-jacente a une teinte légèrement livide, mobile, sans présenter d'ailleurs d'autres modifications ; on a l'impression d'une petite bourse flasque remplie de grains de plomb. Sur l'articulation du coude droit il existe une ulcération circonscrite, superficielle, résultant probablement d'une lésion mécanique.

Pas d'engorgement des ganglions lymphatiques : l'examen du sang donne un contenu d'hémoglobine de 70, ce qui correspond à une légère diminution de la matière colorante du sang, le nombre des corpuscules blancs du sang n'est pas augmenté, dans le sang pas d'éléments corpusculaires étrangers.

Pour l'examen histologique on extirpa, avant l'entrée de la malade, une tumeur de la grosseur d'un pois sur l'articulation métacarpo-phalangienne du quatrième doigt de la main droite ; plus tard la nodosité ulcérée ainsi que plusieurs autres nodosités. L'examen histologique a montré que dans ce cas il s'agissait d'un sarcome de la peau. L'auteur expose ensuite en

détail le résultat de ses recherches et établit avec soin le diagnostic différentiel. L'arsenic sous forme d'injections intra-musculaires de liqueur de Fowler (une partie pour trois d'eau) à doses graduellement croissantes a déterminé une amélioration notable. A. Doyon.

Sclérodermie.

De la sclérodermie, par F. Raymond. *Semaine médicale*, 23 février 1898, p. 73.

Leçon clinique à propos de plusieurs malades. Dans un des cas, sclérodermie diffuse avec atrophie des éminences thénar, flexion des 4 derniers doigts de la main, disparition d'une partie des phalangettes, cicatrice de panaris à l'index gauche; sur la face externe des deux jambes, cicatrices multiples ainsi qu'à la face interne de la jambe gauche, quelques-unes des cicatrices sont anesthésiques ; cyphose très prononcée, atrophie du corps thyroïde.

Dans un autre cas, sclérodermie en bandes des membres supérieurs et du membre inférieur, à disposition métamérique et plaque sous-ombilicale.

Dans un autre, sclérodermie diffuse associée à la maladie de Basedow.

R. insiste sur l'existence de panaris dans la sclérodactylie, où ils ont été à peine signalés par les auteurs et sur les relations de la sclérodermie avec les lésions du corps thyroïde (goitre exophtalmique, goitre simple, atrophie du corps thyroïde).

Il résume les arguments qui plaident en faveur de l'origine nerveuse de la sclérodermie : antécédents nerveux et tares nerveuses, coexistence de troubles trophiques (panaris, amyotrophies, hémiatrophie faciale), lésions concomitantes, inconstantes à la vérité et à localisations variables, du système nerveux ; les lésions cutanées ne sont pas subordonnées aux lésions d'endopériartérite ; les unes et les autres reconnaissent sans doute pour cause une seule et même lésion du système nerveux, elles sont concomitantes et pour ainsi dire parallèles. G. T.

Sclérodermie lardacée en coup de sabre de la région frontale; crises épileptiformes concomitantes, par L. Spillmann. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai 1898, p. 141.

Homme de 42 ans, portant à la région frontale droite deux bandes claires s'étendant de la région sourcilière au sommet du crâne, l'une partant de la racine du nez et remontant verticalement, l'autre partant de l'échancrure sus-orbitaire et se portant en haut et en dehors ; ces deux bandes, qui correspondent exactement au trajet des nerfs frontaux externe et interne, sont séparées, à leur partie supérieure par une plaque chéloïdienne saillante, irrégulièrement ovalaire, dépourvue de cheveux, ainsi que les bandes ; au niveau des bandes, la peau est décolorée, lisse, et par places il semble y avoir une raréfaction osseuse entraînant une dépression nettement sensible à la palpation, elles sont entourées par une zone violacée. La première de ces bandes s'est développée il y a cinq mois, en même temps que le malade éprouvait de vives douleurs névralgiques ; l'externe s'est développée deux mois plus tard. Crises épileptiformes, dont la première remonte à quinze jours ; il n'y a pas d'antécédents syphilitiques. G. T.

Vaccinales (Dermatoses).

Dermatoses post-vaccinales (Le dermatosi post-vacciniche; contribuzioni cliniche allo studio delle eruzioni cutanee consecutive all'inoculazione del vaccino animale), par T. Guida. *La Pediatria*, septembre et décembre 1897, p. 266 et 353.

L'auteur résume 24 observations de dermatoses post-vaccinales qu'il a recueillies et donne une description sommaire de ces dermatoses.

Il considère les érythèmes, à forme roséolique ou non, comme la conséquence des troubles digestifs provoqués à la fois par la fièvre due à l'évolution du vaccin et par les écarts de régime qui l'accompagnent, les nourrices donnant le sein sans régularité pour calmer l'enfant. Ces troubles digestifs se produisent plus facilement chez les enfants faibles et chez les rachitiques, d'où la fréquence des éruptions post-vaccinales chez ces enfants.

L'urticaire, les éruptions morbilliformes et miliaires qu'elle peut précéder, le pemphigus reconnaissent également pour cause les troubles dyspeptiques.

Un eczéma déjà existant peut subir une aggravation à la suite de la vaccination ; celle-ci ne peut produire par elle-même l'eczéma, mais peut agir comme cause déterminante produisant rapidement des effets sur un sujet prédisposé. Même chez un sujet atteint d'eczéma, la vaccination peut ne provoquer aucune aggravation de celui-ci.

L'ecthyma est rare et l'auteur pense qu'on peut prendre facilement pour de l'ecthyma une éruption vaccinale secondaire ; l'ecthyma est dû à l'auto-inoculation des produits contenus dans le liquide inoculé.

L'érysipèle est rare, dû aux conditions de malpropreté du sujet vacciné.

Il résulte de ces données, qu'on doit, au dire de l'auteur, éviter de vacciner les enfants qui ne sont pas absolument bien portants et même ceux qui sont uniquement dyspeptiques; qu'on doit, pendant l'évolution du vaccin, recommander une hygiène alimentaire rigoureuse, maintenir l'enfant à la diète lactée et conseiller l'usage des bains pendant la phase pustuleuse du vaccin afin de maintenir l'activité de la surface cutanée et l'élimination des produits toxiques. G. T.

Prédominance du zona suivant les saisons, les âges et les localisations (The prevalence of herpes zoster), par Abbott Cantrell. *Philadelphia medical Journal*, 26 mars 1898, p. 560.

En réunissant sa statistique personnelle et celle de Duhring, van Harlingen et Stelwagon, Cantrell trouve 193 cas de zona sur 19.492 malades, soit 1,09 p. 100. Les mois dans lesquels la maladie a été la plus fréquente ont été les mois d'août, octobre et novembre, les minima correspondent aux mois de janvier, février et mars. La moitié des cas sont survenus entre 10 et 30 ans. Le zona thoracique comprend aussi à peu près la moitié des cas. Aucun cas n'était bilatéral et l'éruption était un peu plus fréquente à gauche qu'à droite. W. D.

REVUES DES LIVRES

Traité clinique de l'actinomycose. Pseudo-actinomycoses et botryomycose, par A. Poncet et L. Bérard. 1 vol. in-8° de 410 pages, avec 45 figures dans le texte et 4 planches en couleurs. Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1898.

Cette très remarquable monographie est basée sur l'étude des nombreux cas d'actinomycose que M. Poncet a été à même d'observer depuis moins de dix ans et qui ont fait de lui le médecin français le plus documenté sur cette affection. Il ne s'agit donc pas, comme le disent les auteurs, d'une simple revue générale, plus étendue que les autres, de la question de l'actinomycose, mais de l'exposé de ce qu'ils ont vu et étudié par eux-mêmes.

L'actinomycose humaine était, il y a quelques années, chose inconnue en France, on la considérait comme une maladie exotique.

Depuis 1892, plus de 40 travaux originaux lui ont été consacrés par les médecins lyonnais, la plupart par M. Poncet ou sous son inspiration, contenant presque tous de nouvelles observations. MM. Poncet et Bérard partent de là pour déclarer que, partout où l'actinomycose a été cliniquement recherchée, on l'a rencontrée. Cette proposition est exacte, dans ces termes généraux; les cas d'actinomycose observés à Bordeaux par M. Dubreuilh, à Tours par M. Meunier, à Reims et dans d'autres villes encore, montrent que cette affection existe dans toutes les villes de France. Il convient cependant d'ajouter que sa fréquence, dans les différentes régions de la France, est très variable. A Paris, où elle est recherchée journellement, où nombre de chirurgiens et de dermatologistes sont à l'affût des cas d'actinomycose humaine et seraient à même de la diagnostiquer s'il s'en présentait des exemples à leur observation, elle est et reste d'une excessive rareté; sur ce point, nous ne croyons pas la contradiction possible, après plusieurs années d'observations dirigées spécialement dans le but de trouver des cas d'actinomycose et après des entretiens répétés avec un grand nombre de chirurgiens parisiens.

Que l'actinomycose soit partout connue comme elle devrait l'être, qu'elle n'échappe jamais au diagnostic, nous ne le soutiendrons pas. Nous croyons même que bien souvent elle est méconnue faute d'une connaissance suffisante.

La sagacité avec laquelle M. Poncet a profité des matériaux que lui procurait le foyer actinomycosique de la région lyonnaise, les descriptions précises et frappantes qu'il nous donne aujourd'hui avec M. Bérard contribueront à diffuser la connaissance de l'actinomycose et à en assurer plus fréquemment le diagnostic.

Les caractères morphologiques et biologiques de l'actinomycose remplissent le premier chapitre de cet ouvrage. Pour l'étude clinique et le diagnostic temporaire de l'actinomycose, les auteurs recommandent le pro-

cédé suivant : étendre les liquides ou les tissus suspects en couche mince sur une lame de verre polie, au moyen d'une aiguille à cataracte ou d'une lamelle en écaille et, en les étalant, les dissocier grossièrement. L'écrasement est très laborieux et ne donne qu'une dissociation insuffisante des éléments. Il est préférable de plonger rapidement dans la potasse à 30 p. 100 les éléments grossièrement dissociés par l'aiguille et reportés par groupes de trois ou quatre sur d'autres lames porte-objet. La potasse détruit rapidement les particules organiques qui peuvent simuler les grains d'actinomycose; mais il faut savoir aussi que, parfois lorsque les grains sont déjà morcelés par la phagocytose, les fragments dissociés, peuvent être entraînés par l'eau de lavage. Après dissociation, il suffit de colorer au picrocarmin ; le poids de la lamelle suffit à dissocier le grain et à étaler vers la périphérie la couronne festonnée des massues de coloration orangée. On peut encore, avant de colorer au picro-carmin, traiter par la méthode de Gram, qui colore les filaments mycéliens.

Nous n'entrerons pas davantage dans l'étude, très complètement faite, de la morphologie de l'actinomyces et de ses cultures, qui disparaissent rapidement lorsqu'elles sont infectées par des microbes associés.

Nous passerons également sur les caractères du nodule actinomycosique, sur les discussions non encore closes au sujet des propriétés pyogéniques de l'actinomyces et nous signalerons seulement le rôle important des associations microbiennes, qui viennent compliquer la maladie, en modifier le pronostic.

L'étude des diverses formes cliniques de l'actinomycose remplit plus de la moitié du volume. Les auteurs décrivent successivement l'actinomycose cervico-faciale comprenant, suivant leur évolution, des formes aiguës, subaiguës et chroniques, suivant leur localisation, les formes intéressant les parties molles : formes temporo-maxillaire, gingivo-jugales, sus-hyoïdienne, péri-maxillaire, péripharyngo-laryngée, cervicale large, et l'actinomycose limitée aux maxillaires, l'actinomycose de la langue, celle des voies lacrymales, l'actinomycose crânio-cérébrale. L'actinomycose thoracique (comprenant l'actinomycose œsophagienne et l'actinomycose du poumon), l'actinomycose abdominale à point de départ gastro-intestinal, l'actinomycose de la peau et des membres.

Dans les diverses localisations, les téguments peuvent être atteints, le plus souvent secondairement; dans un grand nombre de cas désignés sous le nom d'actinomycose cutanée, les lésions de la peau sont consécutives à des altérations des os, qui peuvent avoir disparu au moment de l'examen et qui peuvent être très éloignées des parties encore malades.

Les lésions de la peau, dans les diverses régions, sont toujours remarquables par l'association de phénomènes inflammatoires et de symptômes de tumeurs, et par un aspect particulier ne ressemblant exactement à aucune des autres lésions cutanées. L'actinomycose cutanée revêt deux formes, la forme nodulaire, dans laquelle on voit des tuméfactions rouges, lie de vin, avec quelques petites vésicules translucides et bleuâtres et la forme ulcéreuse, dans laquelle des éléments creusés en cratère succèdent aux vésicules du début et ressemblent à des pustules d'acné récemment ouvertes (type vésiculeux), ou bien les ulcérations beaucoup plus larges et

plus profondes ne tendent pas à s'étendre et peuvent être l'orifice de fistules plus ou moins étendues allant jusqu'au voisinage du squelette (type ulcéro-gommeux). Les lésions cutanées de l'actinomycose ont une coloration violacée, une consistance variable suivant les points; elles sont souvent entremêlées de cicatrices irrégulières, bridées, adhérentes ou non aux os.

Elles peuvent être confondues avec les lésions tuberculeuses ou syphilitiques, principalement avec les gommes, avec certaines formes d'épithélioma, etc.

Un chapitre est consacré aux pseudo-actinomycoses, qui, par suite de la présence de grains jaunes, ou pour une autre cause, rappellent l'actinomycose, à la forme mycosique du bacille tuberculeux, au pied de Madura, à la pseudo-actinomycose à grains jaunes de Mosetig, Poncet et Dor, à la pseudo-actinomycose bacillaire de Sawtschevko, dont l'histoire est loin d'être faite, et à la botryomycose humaine, que MM. Poncet et Dor ont fait connaître dans un mémoire déjà analysé ici même (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 89).

Dans un dernier chapitre, les auteurs étudient la prophylaxie et le traitement de l'actinomycose. Ils s'élèvent contre la spécificité attribuée à l'iodure de potassium dans cette affection : pour eux, les succès qu'on lui a rapportés sont le plus souvent dus aux interventions chirurgicales intercurrentes. Dans les formes récentes, fermées et infectées au minimum, il est impossible de juger à priori les cas qui cèderont à l'iodure et ceux qui lui résisteront ; s'il s'agit d'une forme bénigne, l'iodure vaut à peu près le bistouri; s'il s'agit d'une forme plus grave, il a de grandes chances d'échouer. Dans les deux tiers des cas d'actinomycose ancienne, infectée et ouverte, le résultat du traitement ioduré a semblé nul; dans les formes viscérales, profondes, difficilement accessibles au chirurgien, l'iodure ne peut entraver l'évolution du parasite que tout à fait au début. En somme, l'intervention chirurgicale, toutes les fois qu'elle est praticable, est le véritable traitement de l'actinomycose.

Ajoutons, pour terminer cette analyse, qui donne une idée bien incomplète de l'intérêt de cet ouvrage, que de très nombreuses photographies insérées dans le texte et des planches en couleur confirment les descriptions des auteurs et complètent très utilement la vulgarisation de l'affection qu'ils étudient. G. T.

Leçons sur les maladies de la peau, par E. Gaucher. Tome II, Paris. Doin, éditeur, 1898 ; 597 pages.

Cette nouvelle série de leçons sur les maladies de la peau termine l'enseignement de la dermatologie d'après le plan que M. Gaucher s'était tracé. L'ensemble de ces leçons constitue un traité complet des maladies de la peau. Le premier volume renfermait les dermatoses les plus simples et les plus communes ; dans le second, prennent place les maladies plus rares, plus spéciales.

Les sujets traités dans ce nouveau volume sont : la kératose pilaire, les maladies propres des poils, les dermatoses pigmentaires achromiques et hyperchromiques ; les dermatoses vasculaires, sanguines et lymphatiques; les dermatoses hypertrophiques, sclérodermie, éléphantiasis, mycosis fon-

goïde ; les hypertrophies épidermiques ou kératoses ; les hypertrophies épidermo-papillaires, cornes, verrues, papillomes ; les tumeurs bénignes de la peau, adénome sébacé, épithélioma adénoïde, dégénérescence colloïde du derme, dermato-myôme ; tumeurs fibreuses de la peau, fibrome molluscum et fibromatose cutanée, chéloïde, xanthélasma ; les tumeurs malignes de la peau, rhinosclérome, sarcomatose cutanée, épithélioma cutané ; les pityriasis, pityriasis versicolor, pityriasis rubra et dermatite exfoliatrice, pityriasis pilaris ; les hémorrhagies cutanées, purpura ; les affections des glandes sudoripares ; la perlèche ; le bouton de Biskra et d'Alep ; la lèpre.

Le chapitre dernier est le point culminant de l'ouvrage : M. Gaucher y tente une classification étiologique des dermatoses. Les dermatoses lui paraissent pouvoir être rangées dans six classes différentes :

1° Les *éruptions de cause extérieure*, non parasitaires, produites par les irritants physiques et chimiques de toutes sortes ; ce sont les éruptions dites *artificielles.*

2° Les *dermatoses parasitaires* dues, les unes à l'action purement locale de parasites animaux ou végétaux, gale, phthiriase, etc., les autres, à des parasitismes d'abord locaux dans lesquels l'infection se généralise ensuite comme la pustule maligne, la lèpre, la syphilis, la tuberculose.

3° Les *dermatoses pathogéniques*, comprenant les toxidermies microbiennes, les éruptions toxiques d'origine médicamenteuse, les éruptions ab ingestis d'origine alimentaire.

4° Les *dermatoses diathésiques* dues à une *auto-intoxication chronique.* Les modifications humorales qui résultent de cette auto-intoxication constituent *l'arthritisme*, dans ses deux modalités ; la goutte et l'herpétisme. Cette classe comprend l'eczéma, les séborrhées, le psoriasis, le prurigo et les prurits cutanés, les lichens, le prurit ictérique, les éruptions urémiques. Toutes ces dermatoses peuvent être modifiées par le lymphatisme, qui manifeste son action par la tendance à la suppuration.

5° Les dermatoses d'origine nerveuse. Celles-ci comprennent toutes les trophonévroses, toutes les éruptions trophiques, érythémateuses, vésiculeuses ou bulleuses dues à des lésions traumatiques ou pathologiques du système nerveux. Cette classe comprend encore toutes les altérations déterminées par un trouble de la vasomotricité cutanée. Toutes les affections bulleuses rentrent vraisemblablement dans le groupe des trophonévroses.

Les actions nerveuses, au lieu d'être autonomes, peuvent être mises en branle par une infection ou une intoxication, comme dans le cas de zona ou d'urticaire. Ces dermatoses, dans lesquelles le système nerveux n'intervient que secondairement, doivent rentrer soit dans la classe des dermatoses parasitaires microbiennes, soit dans celle des toxidermies.

6° Les dermatoses congénitales comprennent l'ichtyose, la kératose pilaire, les nævi.

Les tumeurs de la peau ne figurent pas dans cette classification : M. Gaucher ne croit pas qu'elles aient droit à un groupe étiologique ; les unes sont d'origine parasitaire ; les autres sont de nature diathésique ; quelques-unes sont de simples difformités.

M. Gaucher pense que ces six groupes doivent comprendre toutes les

affections cutanées ; mais le point que notre savant collègue tient surtout à mettre en saillie, c'est que toutes les affections cutanées, même celles qui paraissent de cause externe, même les parasitaires, sont soumises à l'influence de la constitution et de l'état diathésique et que c'est le trouble constitutionnel ou la diathèse qui domine toute l'étiologie des dermatoses. M. Gaucher fait ressortir cette influence dans les différentes classes de dermatoses qu'il a établies.

C'est dans les *dermatoses dites diathésiques* (classe nº 4) que l'influence de l'état constitutionnel se montre plus nettement. Malgré les attaques qu'elle a pu subir, la doctrine des diathèses est encore debout comme l'expression exacte de la vérité. Il y a une sorte d'état constitutionnel, une disposition générale de l'organisme qui fait que certains sujets sont des dermopathes et chez eux l'évolution de la dermatose est soumise à certaines lois : sous l'influence de la progression en âge, l'acné succède à l'urticaire et au prurigo, l'eczéma à l'acné. Dans une même famille, la diathèse peut se faire sentir sous des formes différentes chez les différents membres ; un membre a de l'urticaire ; un autre, de l'acné ; un autre, de l'eczéma ou du psoriasis ; tous sont victimes, cependant, de la même diathèse. La diathèse prépare la dermatose ; des conditions secondaires, soit constitutionnelles, soit alimentaires, soit extérieures, commandent un type éruptif plutôt qu'un autre.

Quelle est la nature de cet état diathésique ? Est-il simple ou, au contraire, y a-t-il plusieurs diathèses différentes à l'origine des maladies cutanées ?

Les anciennes diathèses, scrofule, syphilis, dartre n'ont plus raison d'être. La syphilis est devenue affection parasitaire. La scrofule a versé dans la tuberculose, affection parasitaire et dans le lymphatisme, tempérament et non diathèse. La dartre ne doit plus être divisée avec Bazin en herpétis et en arthritis. Les dermatoses dites arthritiques et celles dites herpétiques relèvent d'une seule et même cause, et, s'il faut un nom à cette diathèse, à cet état particulier de l'organisme, M. Gaucher est d'avis de lui appliquer la qualification d'arthritisme.

Il peut bien y avoir deux types d'arthritiques, les gras ou goutteux, les maigres ou herpétiques ou scléreux ; mais c'est toujours l'arthritisme, sous deux modalités différentes.

L'arthritisme est la cause de la plupart des dermatoses ; toutes les affections cutanées diathésiques relèvent de l'arthritisme.

L'arthritisme a pour caractère fondamental un trouble des mutations nutritives, un ralentissement de la nutrition qui fait que les substances absorbées et assimilées subissent une oxydation incomplète. C'est ce ralentissement de la nutrition qui est cause, non seulement des dermatoses constitutionnelles, mais de toutes les affections qui appartiennent au même groupe morbide, asthme, emphysème, goutte, etc... De toutes les diathèses anciennes, il ne reste en somme que l'arthritisme. Mais cette cause principale des dermatoses est souvent modifiée par le tempérament lymphatique. De l'association de ces deux causes résultent des hybrides, c'est-à-dire, des affections cutanées diathésiques, qui empruntent un cachet spécial au terrain sur lequel elles évoluent. La peau des lymphatiques

suppure avec une très grande facilité ; l'eczéma, chez les lymphatiques, est particulièrement humide, suintant, devient facilement impétigineux.

La suppression des éruptions diathésiques peut amener les métastases viscérales : dans l'arthritisme, la peau joue le rôle d'émonctoire pour les poisons morbides autogènes ; si l'élimination cutanée est supprimée ou insuffisante, ces poisons s'accumulent dans les organes et donnent lieu aux accidents dits métastatiques.

Le poison morbide, cause des éruptions pathogénétiques, ressort de la connaissance de la nature de l'arthritis. L'arthritis, c'est le ralentissement des mutations nutritives et particulièrement l'oxydation incomplète des matières azotées dans l'organisme. Le terme ultime normal de la combustion des aliments quaternaires est l'urée, corps très soluble, facilement éliminée par la sécrétion urinaire. Les matières azotées, incomplètement oxydées, donnent des matières extractives, acide urique, leucine, tyrosine, créatine, etc., très peu solubles et ne s'éliminant qu'en minime partie par l'excrétion rénale. Ces matières, éliminées par la peau venant en aide à la sécrétion rénale insuffisante, sont irritantes pour la peau et amènent la série des éruptions arthritiques. Éliminées en quantité insuffisante par la peau, ces principes extractifs donnent les surcharges viscérales, causes des soi-disant métastases viscérales.

Les *éruptions pathogénétiques* sont déterminées par l'élimination de substances toxiques absorbées à titre de médicaments ou renfermées dans les aliments, de ptomaïnes, de toxines d'origine microbienne, du produit des fermentations liées à la dilatation de l'estomac et aux troubles digestifs. Mais l'état constitutionnel apparaît encore comme cause supérieure, comme cause primordiale des éruptions pathogénétiques. Chez tous les malades atteints d'éruptions pathogénétiques, il y a à tenir compte de l'idiosyncrasie, de la constitution, du tempérament; chez nombre d'entre eux, il y a, manifestement, à côté de la cause occasionnelle, la même cause supérieure, primitive, l'état diathésique : l'arthritisme.

Dans les *dermatoses artificielles,* éruptions provoquées directes de Bazin, une prédisposition individuelle est nécessaire pour le développement de l'éruption ; c'est la nécessité de cette prédisposition qui explique la résistance inégale des individus. L'irritation extérieure peut produire une sorte d'éveil d'une diathèse jusque-là latente ; l'éruption ne reste plus localisée, elle se généralise après avoir été plus ou moins locale. Aussi en présence d'une dermatose, il ne suffit pas de traiter la maladie, il faut traiter le malade. « Soyez médecins, s'écrie M. Gaucher, avant d'être spécialistes, et ne soignez pas les maladies de la peau, comme le dentiste soigne les dents ! »

Dans les *infections cutanées d'origine externe*, les sujets ne réagissent pas d'une façon égale et identique, d'où les aspects différents de sujet à sujet, de la gale, de la trichophytie, de l'impétigo, de l'ecthyma, de la furonculose, du pityriasis versicolor, de l'érythrasma, des tuberculoses cutanées. Ces faits suffisent à démontrer que, dans la genèse des affections cutanées parasitaires ou microbiennes, le parasite n'est pas tout et que la constitution, la diathèse, le tempérament morbide tiennent encore une place importante.

Ces citations rapides montrent que M. Gaucher prend franchement rang

parmi les défenseurs de nos vieilles traditions françaises ; il met en relief toute l'importance du terrain, de l'idiosyncrasie, dans la production des dermatoses, tout en modernisant la conception des diathèses.

Tout dermatologiste, qui voudra être véritablement médecin, devra tenir compte de la diathèse, de la constitution, du tempérament.

La diathèse, qui reste seule debout après les luttes du milieu de ce siècle, c'est l'arthritisme compris de la manière dont le professeur Bouchard nous a appris à le connaître, herpétique ou goutteux, gras ou maigre.

La constitution, le tempérament ?? Il est regrettable que les limites, forcément restreintes d'un traité de dermatologie n'aient pas permis à M. Gaucher de nous dire de quelle façon il comprenait ces états comme il nous avait appris ce qu'il entend par diathèse.

Quelques-uns seront peut-être tentés de reprocher à M. Gaucher d'avoir placé toutes ses affections dans l'arthritisme ; de ne pas nous avoir dit ce qu'il pensait des associations microbiennes ; d'avoir eu par moments des hardiesses qui surprennent de la part d'un esprit aussi sagement critique, comme quand il attribue sans hésitation la symétrie des éruptions diathésiques à l'intervention du système nerveux. Il y aurait mauvaise grâce à reprocher de si petites choses à un auteur qui est le premier à déclarer que nos connaissances sur la nature et l'origine des dermatoses sont souvent encore trop hypothétiques pour que toute classification étiologique ne demeure forcément incomplète et imparfaite. C'est la main pour ainsi dire forcée que M. Gaucher s'est décidé à nous donner une classification étiologique que son amour de la perfection l'aurait peut-être conduit à reculer encore ; chacun de nous se réjouira d'avoir vu l'auteur contraint à nous accorder ce dernier chapitre, digne couronnement de son enseignement et preuve manifeste de la supériorité qu'une instruction générale solide donne à un spécialiste. R. Du Castel.

NOUVELLES

M. le Dr Charmeil a été nommé professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille. (Cette chaire était vacante depuis la mort de Leloir.)

M. le Dr Gémy est nommé professeur titulaire de Clinique des maladies vénériennes et cutanées à l'École de médecine d'Alger.

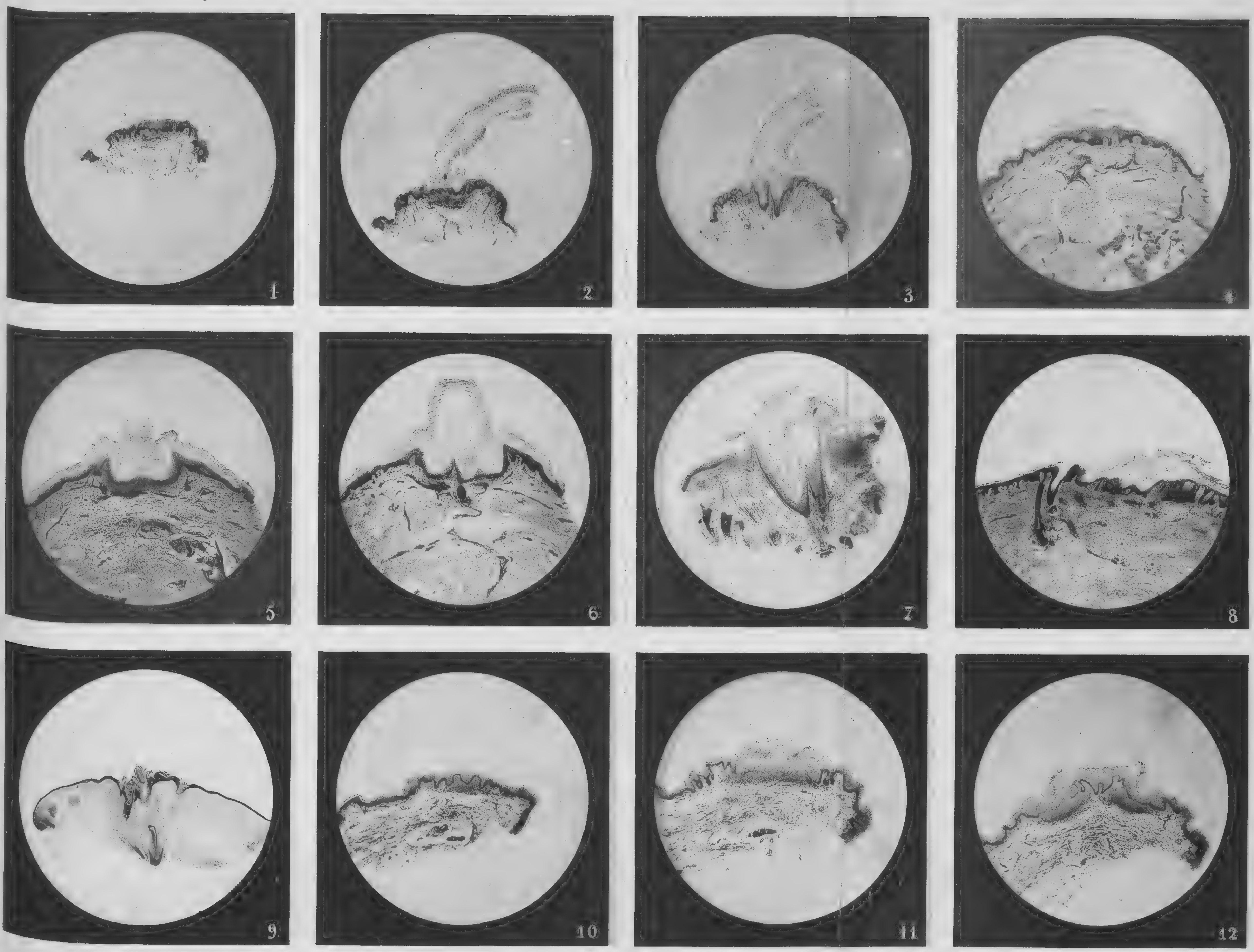
M. le Dr Léon Perrin est nommé professeur de Clinique dermatologique à l'École de médecine de Marseille.

M. le Dr L. Waelsch est nommé privat docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Prague.

M. le Dr Nékam est nommé privat docent de dermatologie à l'Université de Budapest.

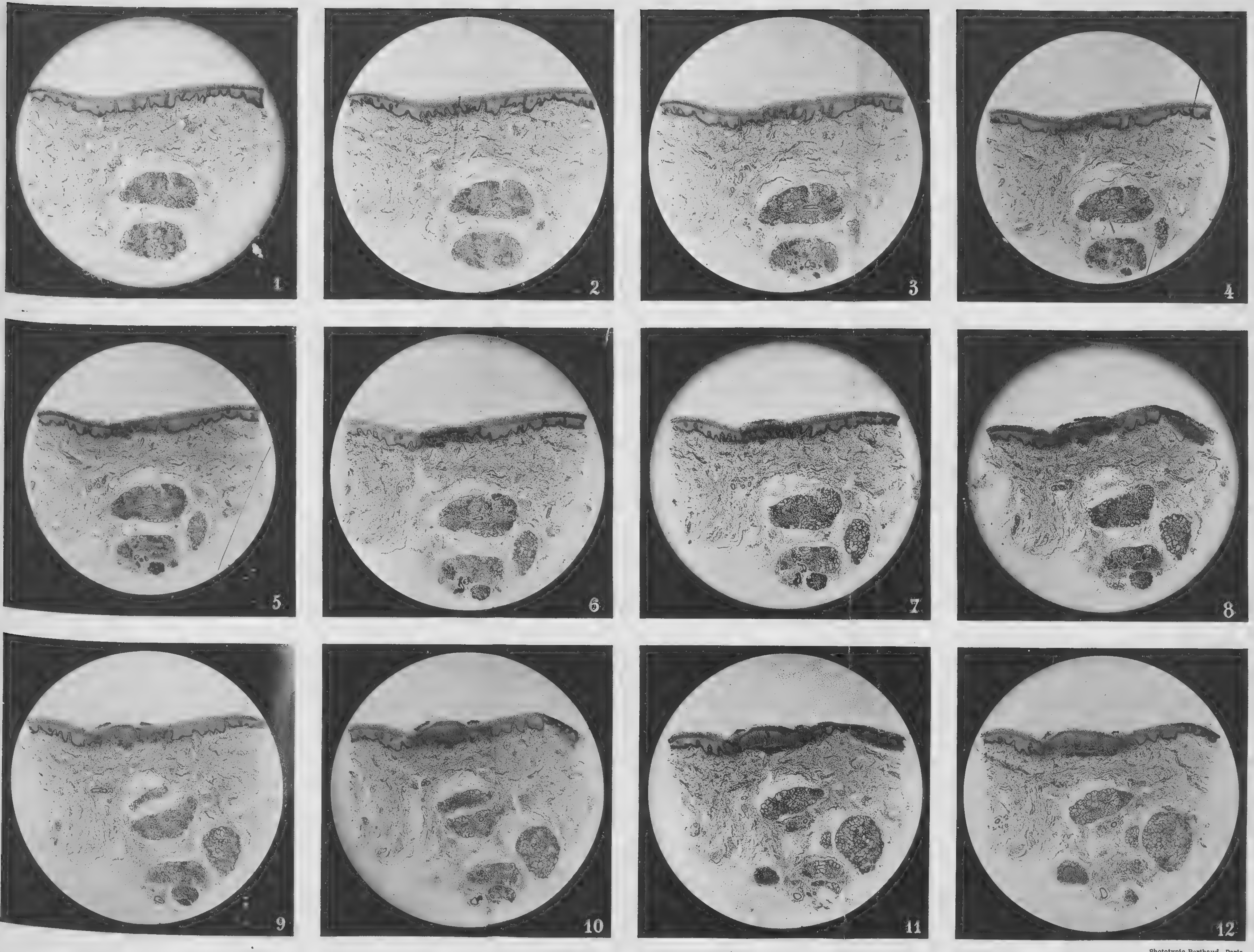
Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



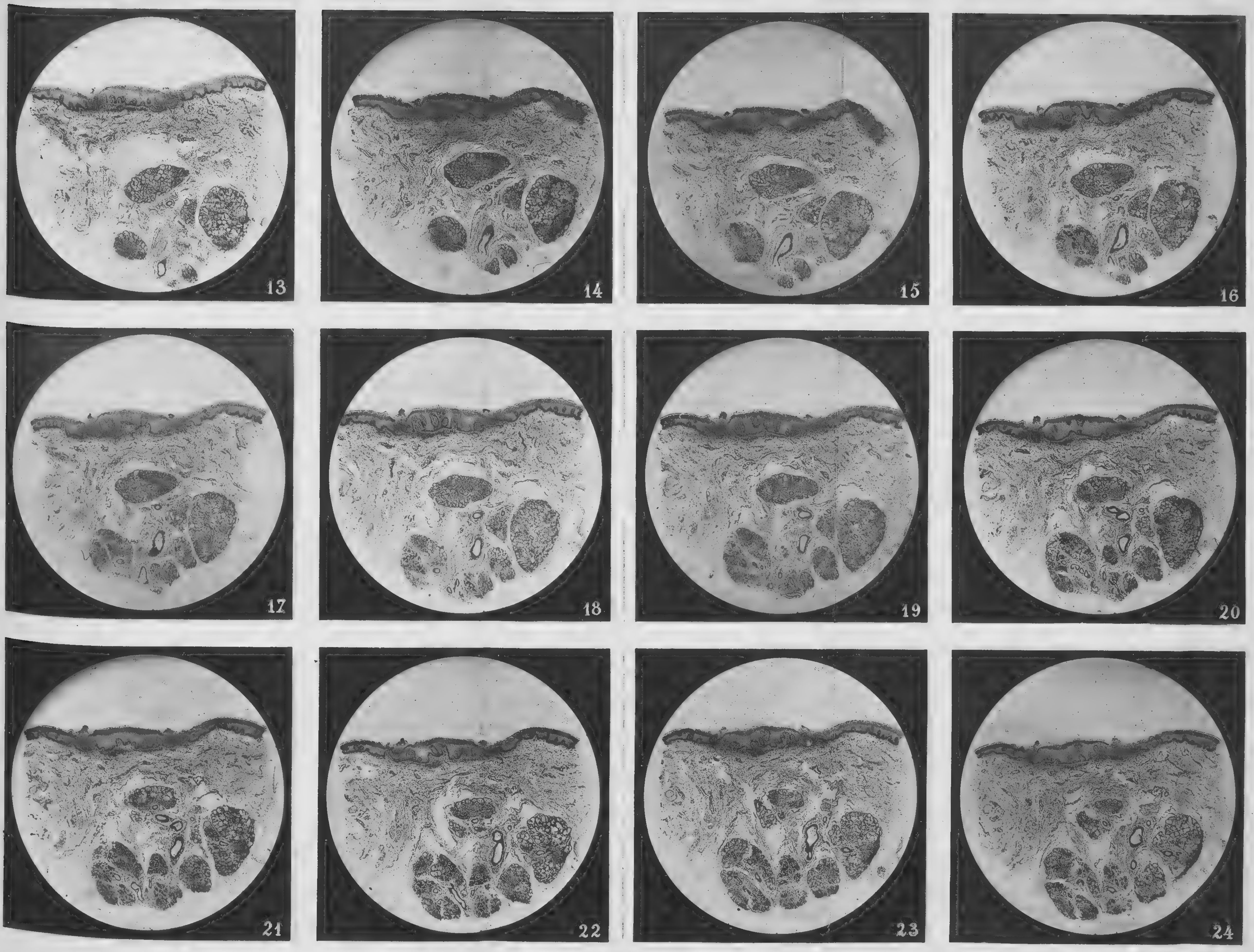
Phototypie Berthaud, Paris.

MASSON & Cie, Editeurs.



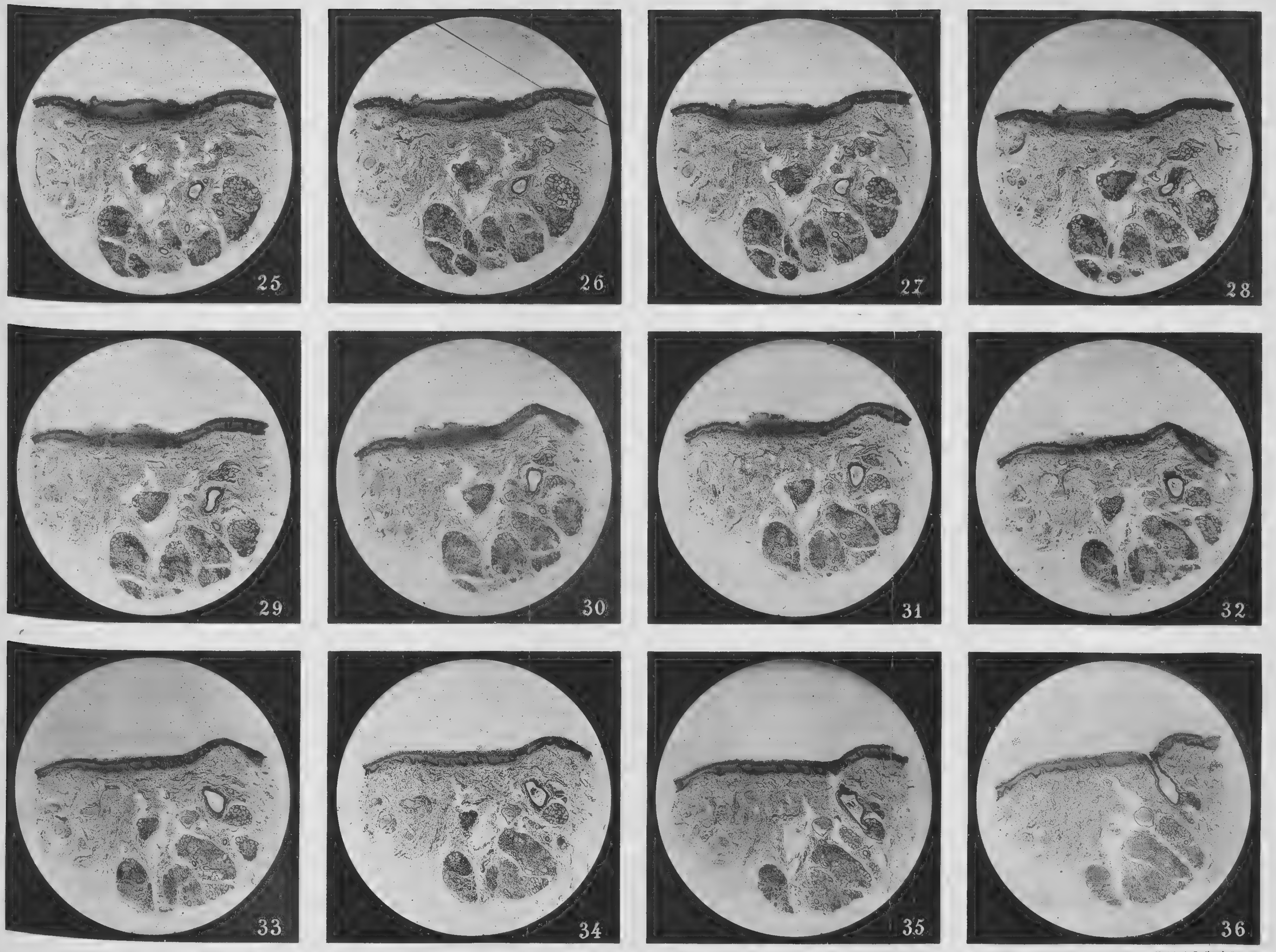
Phototypie Berthaud, Paris.

MASSON & Cie, Éditeurs.



Phototypie Berthaud, Paris.

MASSON & Cie, Editeurs



Phototypie Berthaud, Paris.

MASSON & Cie, Éditeurs.



TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA SYPHILOSE DE LA LANGUE
(GLOSSITE NODULAIRE ET GLOSSITE DIFFUSE)

Par le Dr **J. Pini**.

(Travail de la Clinique dermato-syphiligraphique de l'Université de Bologne, dirigée par le Professeur D. Majocchi.)

(*Planche XIII.*)

Les manifestations syphilitiques de la langue ont été étudiées cliniquement et décrites par plusieurs auteurs parmi lesquels Fairlie Clarke (1), Cornil (2), Mauriac (3), Fournier (4), Du Castel (5), mais il semble qu'elles aient rarement fait l'objet de recherches microscopiques. Peut-être les raisons pour lesquelles ces recherches font défaut résident-elles : 1° dans la difficulté ou, dirai-je, dans l'impossibilité d'obtenir par la biopsie le matériel d'examen ; 2° dans la rareté avec laquelle on trouve à l'autopsie des lésions syphilitiques de la langue. D'autre part, les syphiligraphes ont l'habitude de ranger les lésions linguales dans les différents chapitres qui ont trait aux syphilides cutanées et de confondre les lésions anatomiques des unes et des autres. Cependant il est facile de voir que, même en admettant que les lésions élémentaires (papules, tubercules, gommes) sont les mêmes tant au niveau de la peau qu'à la langue, les particularités de structure, comme celles d'aspect, peuvent varier en raison des différences de structure anatomique, de rapports et même de fonctions qui existent entre la peau et la langue. En réalité, il est à peine besoin de se rappeler, parmi les syphiloses linguales les plus communes, les leucoplasies et les glossites, pour se convaincre qu'il n'y a pas de manifestations cliniques identiques du côté de la peau. Par contre, il y a des maladies de la langue (lupus, cancer) qui ont une si grande ressemblance avec certaines lésions syphilitiques qu'elles laissent dans l'hésitation les cliniciens les plus compétents et les plus avisés, et dans ces cas douteux l'examen microscopique pourrait fournir de très précieux caractères différentiels. Enfin on ne peut oublier que les couches, les tissus et les organes de la langue diffèrent de ceux de la peau, ce qui peut entraîner cette conséquence que les caractères intimes du processus syphilitique présentent des particularités intéressantes liées soit aux tissus eux-mêmes, soit à l'entité morbide, la syphilis.

Les connaissances actuelles sur l'histologie de la syphilis linguale sont résumées de la façon suivante dans l'intéressant mémoire de Domec (6) :

« L'infiltration peut occuper exclusivement le chorion muqueux, ce qui détermine un relief à la surface de la muqueuse. Au niveau de la plaque gommeuse, le relief des papilles est à peine visible, ce qui s'explique par l'absence d'épithélium à ce niveau : ce n'est pas une dépapillation de la langue, puisque le tissu conjonctif des papiles, n'a pas subi de modification dans sa forme.

« L'infiltration peut aussi atteindre les couches musculaires, et la forme scléreuse est assez fréquemment observée. »

Comme on le voit, cette description trop résumée des diverses manifestations syphilitiques de la langue ne donne pas une idée exacte et précise des particularités de structure histologique, tant en elles-même que comparées aux autres lésions analogues. Bien qu'elle mentionne la chute de l'épithélium et les altérations des papilles, elle ne précise pas comment et en quels points disparaît l'épithélium, comment et jusqu'à quel point les papilles sont altérées. Elle signale aussi les altérations profondes parenchymateuses, et les scléroses terminales, mais ne nous en explique pas le développement et ne nous en fait pas connaître le siège. En lisant ce court chapitre de Domec sur les lésions linguales, on comprend que l'auteur s'est appliqué à distinguer les lésions syphilitiques superficielles des lésions profondes, et cette division élémentaire ne peut pas ne pas être acceptée, mais on ne trouve dans ce chapitre ni la des cription détaillée de chaque variété, ni même celle des deux espèces principales que l'auteur admet.

Je n'ai pu prendre connaissance du travail clinique et historique sur la gomme de la langue du Dr Bellaserra (7).

Parrot (8), dans son livre classique, décrit sommairement les lésions de la « syphilide desquamative de la langue » ; mais l'altération qu'il désigne sous ce nom est à présent considérée comme non syphilitique ou comme parasyphilitique et sa description n'a qu'une importance historique.

Depuis ces auteurs, il est remarquable que dans les nombreux travaux et mémoires publiés jusqu'ici au sujet de l'histopathologie du processus syphilitique, il ne soit pas fait mention de la syphilose linguale. Cornil (2), Neumann (9), Finger (10), Marfan et Toupet (11), Tommasoli (12), Unna (13) ne parlent que de l'examen microscopique des syphilides cutanées.

Le professeur Majocchi m'a confié, au commencement de cette année, le soin d'étudier ce sujet, et je l'ai accepté avec plaisir tant à cause de l'importance de cette étude, que parce que l'occasion s'offrait à moi d'étudier dans ces produits pathologiques la morphologie et les réactions colorantes des éléments d'infiltration.

Mais en recueillant le matériel de mes recherches, je m'aperçus bientôt que ce travail, outre qu'il constituait une entreprise importante, exigeait aussi un temps difficile à déterminer, en raison de la

difficulté qu'il y a à se procurer des pièces ayant trait à toutes les formes et variétés des lésions. Aussi ai-je pris le parti de diviser ce travail en autant de monographies ou chapitres qu'il y a de types différents de lésions syphilitiques de la langue, et de publier ces monographies séparément. Avec cette manière de faire, j'ai dû nécessairement abandonner l'idée de commencer par les lésions les plus légères pour arriver ensuite aux lésions les plus graves et je me trouve conduit à étudier celles qui se sont présentées à moi les premières.

Le premier cas concerne une nommée T. A..., âgée de 47 ans, atteinte de syphilis tertiaire, avec gommes syphilitiques de la voûte palatine, de la langue et des lèvres, et avec gommes ulcérées du rectum et rétrécissement consécutif. La malade mourut à la Clinique à la suite d'une pleuro-pneumonie, et à l'autopsie j'ai pu, outre divers organes et tissus, enlever la langue. Celle-ci était un peu augmentée de volume et de consistance, sans rhagades ni sillons, sa surface était à peu près lisse. Sur le bord gauche, à un demi-centimètre de la pointe, on voyait un groupe de trois nodules disposés en demi-cercle, faisant une saillie égale à celle de la moitié d'un grain de blé, recouverts par la muqueuse qui à leur niveau était un peu macérée, et de consistance presque fibreuse. Chacune de ces saillies présentait un ourlet ou bord presque circulaire ou réniforme, et un centre un peu déprimé. Un autre groupe de saillies était situé sur le même bord, à peu près à sa partie moyenne. Sur l'autre bord on ne voyait pas de saillies, mais comme une tuméfaction diffuse, sur laquelle les dents avaient laissé une empreinte prononcée. Les papilles étaient bien visibles sur les parties saines de la langue; mais sur les tubérosités marginales on n'en distinguait qu'un petit nombre entre les nodules, moins encore sur les bords de ceux-ci, aucune sur la dépression centrale. J'enlevai sur toute son épaisseur le groupe médian et le fixai dans l'alcool; les coupes furent colorées par plusieurs méthodes différentes; j'indiquerai quelques-unes de ces méthodes en décrivant les particularités de l'examen microscopique.

J'aurais dû d'abord discuter le diagnostic clinique et définir exactement à quelle variété de syphilide tertiaire de la langue appartenait ce cas, mais comme le présent mémoire est une étude plus anatomo et histo-pathologique que clinique, je me crois autorisé à passer outre, en acceptant sans autre discussion le diagnostic que j'ai indiqué plus haut et que j'ai emprunté à l'observation déposée dans les Archives de la Clinique: « syphilide linguale tuberculeuse (à nodules groupés) ». Du reste, l'examen histologique éclairera déjà assez par lui-même ce diagnostic.

Épithélium. — Il est aminci dans la partie centrale des nodules; à la périphérie, les cônes épithéliaux sont allongés et un peu hyper-

trophié. En ces points, les éléments épithéliaux sont bien conservés et bien colorés depuis la couche basale prismatique jusqu'à la couche pavimenteuse superficielle. Il n'y a pas d'œdème dans les espaces intercellulaires, ni de globules blancs immigrés, et les éléments épithéliaux ne présentent aucune des altérations habituelles qui précèdent la tuméfaction trouble et la nécrobiose. Mais lorsqu'on se rapproche du centre de la lésion, on trouve diverses altérations de l'épithélium. Tout d'abord il s'amincit et n'a plus son aspect dentelé habituel, mais est réduit presque uniformément à un mince ruban compris entre deux lignes presque parallèles qui s'élève jusqu'à la surface de la coupe et recouvre toutes les saillies, toutes les dépressions. A un plus fort grossissement, on constate l'absence complète de la couche superficielle formée de cellules plates, qui laissent à découvert les cellules rondes ou polygonales de la couche moyenne. La couche basale est plus condensée et ses éléments sont comme entassés les uns sur les autres. Les espaces intercellulaires ne sont pas dilatés et même, vers la couche basale, ils semblent plus étroits, de sorte que les cils sont peu distincts. Çà et là, quelques globules blancs déformés, allongés, sont situés entre les cellules épithéliales. Celles-ci sont en général bien conservées; on voit cependant quelques cellules à noyau pâle et tuméfié et à protoplasma trouble. On ne voit que rarement des éléments épithéliaux présentant de l'œdème périnucléaire ou un noyau excentrique. On ne voit qu'un très petit nombre de figures de karyokinèse (le plus souvent sous la forme de diaster) dans la couche basale.

Papilles. — Les papilles gustatives (fungiformes et corolliformes) se voient sur les parties des coupes où les lésions des tissus profonds sont nulles ou peu accentuées, mais sur la partie centrale des coupes les papilles ont presque complètement disparu, et c'est dans ce point que l'épithélium est mince et légèrement ondulé. La disparition des papilles semble due à l'invasion de cellules, à l'augmentation de pression qui se produit à leur partie inférieure ; en effet, le niveau de la partie centrale des coupes est soulevé et dépasse celui du sommet des papilles gustatives, qui sont restées intactes sur les côtés, de sorte que, entre leur sommet et le centre de la lésion, il y a une différence de niveau, un saut assez sensible. Mais, si les papilles gustatives ont été détruites, par contre, les papilles secondaires persistent, au moins en partie et ce sont elles qui donnent à la surface de la muqueuse une légère et inégale ondulation.

Il faut, je crois, commencer l'étude des altérations intimes des papilles par les points où elles sont peu prononcées et à leur début, c'est-à-dire sur les bords des coupes. En ce point on constate une légère infiltration cellulaire entre les faisceaux conjonctifs le long des vaisseaux, infiltration constituée par des leucocytes pour la

plupart mononucléés, par des plasmazellen et par de rares mastzellen. J'aurai l'occasion de discuter plus loin la nature, l'origine et la signification de ces différents éléments.

Au sujet des vaisseaux sanguins des papilles, il y a peu de chose à noter : les cellules endothéliales sont un peu tuméfiées et sont en prolifération légère.

Dans la portion centrale, l'infiltration cellulaire est plus abondante, plus compacte et constituée par les mêmes éléments qui ont été signalés plus haut. On peut encore voir quelques-unes des fibres conjonctives lorsqu'on a coloré le tissu conjonctif par l'éosine, l'orangé ou le bleu d'aniline. Les éléments fixes se reconnaissent difficilement et on les voit déformés au milieu des autres éléments cellulaires. Il ne reste pour ainsi dire plus de traces du tissu élastique ; de même on ne peut trouver aucun conduit glandulaire.

Couche sous-muqueuse. — Tandis que sur les bords des coupes cette couche conserve encore jusqu'à un certain point sa structure normale et a une épaisseur régulière, au contraire au milieu des coupes elle atteint une hauteur au moins triple de sa hauteur normale et n'a plus aucun des caractères de sa structure normale.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'augmentation d'épaisseur, elle est due évidemment en partie au soulèvement en totalité de cette région et à la destruction ou à l'atrophie des papilles, mais pour une part, elle est due aussi à ce fait que la limite inférieure de cette couche est portée plus en bas.

Tandis que, à l'état normal (et dans le cas actuel il en est ainsi sur les parties latérales), les muscles de la langue forment la limite inférieure de la couche sous-muqueuse, et que cette limite est assez régulière, dans le tubercule syphilitique une bonne partie des muscles a disparu, et leur limite supérieure n'est plus régulière.

En raison de ces altérations, il n'y a plus de ligne de démarcation entre la couche sous-muqueuse et la couche musculaire : leurs limites se confondent de même que leur structure se confond par suite de l'identité des éléments cellulaires qui les envahissent. Ces éléments (leucocytes mono et polynucléaires, plasmazellen) sont distribués d'une façon irrégulière et à un faible grossissement forment comme un amas compact qui occupe tout le centre de la lésion et en constitue la partie la plus visible, et envoie quelques prolongements en bas et sur les côtés. A un grossissement moyen, on peut enfin reconnaître qu'au milieu de cette infiltration s'entrelacent des vaisseaux, des faisceaux conjonctifs, des fibres musculaires, lesquels la subdivisent en amas plus ou moins volumineux, dont les formes variées sont déterminées par la disposition et la longueur des cloisons, mais qui sont tous constitués par les mêmes éléments.

Au milieu de ces éléments, j'ai cherché en vain des cellules

géantes qui, d'après Neumann et Unna, se trouvent toujours dans la gomme syphilitique. En réalité, on rencontre fréquemment au milieu de l'infiltration des éléments cellulaires de volume considérable contenant 3 ou 4 noyaux, mais je ne puis regarder ces éléments comme des cellules géantes, parce que : 1° elles n'ont pas le protoplasma pâle des cellules géantes, 2° leur protoplasma se colore d'une façon intense et presque plus fortement que le noyau; 3° même en les comparant aux éléments qui les environnent, elles ne présentent pas les différences qu'offriraient des cellules géantes.

Les cloisons conjonctives qui séparent les nodules les uns des autres varient d'épaisseur et de forme, ainsi que de direction. Parfois elles sont à faisceaux parallèles, d'autres fois les faisceaux divergent en éventail, en d'autres points ils sont croisés. Elles occupent d'une façon prédominante la région qui correspondrait à la dernière couche de fibres musculaires. Les éléments cellulaires qui constituent les cloisons se colorent vivement, tant au niveau de leur noyau qu'au au niveau de leur protoplasma et présente une forme ovale ou au moins peu allongée.

Muscles. — J'ai déjà dit que les muscles ne sont pas épargnés par la syphilis tuberculo-nodulaire de la langue, puisque nous avons vu que celle-ci arrive à les détruire. En réalité, au milieu des foyers d'infiltration qui occupent la partie moyenne des coupes, et au niveau qui, dans les zones latérales, correspond aux couches musculaires les plus élevées, on voit dans ces foyers à peine quelques fibres ou quelques faisceaux de fibres musculaires striées. Il faut descendre notablement plus bas pour retrouver l'intrication des muscles verticaux, obliques et horizontaux, que l'on voit dans la langue normale, et même en ce point elles ne sont pas ce qu'elles devraient être; car on voit des groupes de lymphocytes et de plasmazellen insinués entre les groupes musculaires, les faisceaux musculaires, je dirais presque entre les fibres musculaires.

Les éléments du sarcolemme sont quelque peu troubles et tuméfiés et le tissu conjonctif du périmysium présente quelques mastzellen. Cette altération, cela va sans dire, diminue graduellement de haut en bas et a à peine disparu au niveau de la limite profonde de la coupe.

Les altérations du tissu élastique peuvent se résumer de la façon suivante : A la partie centrale des coupes, tant au niveau des papilles que dans le tissu sous-muqueux, partout où il y a une infiltration cellulaire compacte, on ne voit pas trace de fibres élastiques. Sur les bords des amas d'infiltration, auprès des vaisseaux et dans les colonnes conjonctives qui les séparent on voit quelques fibres élastiques courtes, contournées, recroquevillées, dépourvues des minces ramifications qui constituent le réticulum élastique mince. Les fibres élastiques situées le long des groupes musculaires profonds autour desquels sont ras-

semblés un certain nombre d'éléments d'infiltration, sont moins altérées, mais cependant sont déjà isolées les unes des autres. Les couches de fibres élastiques qui entourent les artères de dimensions moyennes (membranes élastiques interne et externe) sont bien conservées ; sur les vaisseaux de calibre moindre la membrane élastique est rompue en quelques points sur une faible étendue.

Il y a lieu de mentionner également l'état des vaisseaux sanguins qui par leur volume et leur nombre élevé attirent de suite l'attention de l'observateur. Les veines, dilatées et tortueuses, sont remplies par des thrombi rouges et par un réticulum fibrineux ; l'endothélium est en partie détaché, en partie encore adhérent mais partout tuméfié et opaque ; la tunique conjonctive est infiltrée d'une façon plus ou moins considérable par les éléments habituels. Au niveau des artères on voit l'endothélium proliféré et décollé, la tunique musculaire épaissie et la tunique externe infiltrée. J'ai recherché sans résultat les dégénérescences hyaline et colloïde des vaisseaux. Par contre, on trouve çà et là dans les parties plus élevées des produits de dégénérescence sous la forme connue de groupes de sphérules homogènes, brillantes qui constituent les globes hyalins.

Ce n'est certainement pas ici le lieu d'entrer dans la question de l'interprétation et de la signification de ces globes, et je ne me crois pas autorisé par ce seul exemple à discuter s'ils constituent des produits de dégénérescence ou des germes vivants (blastomycètes).

La question est difficile et obscure, et malgré les critériums différentiels fournis par la coloration sous l'influence des divers réactifs, on n'en a pas encore trouvé la solution. Dans un travail récent, Secchi (14) revient sur ce sujet à propos des globes hyalins du rhinosclérome, et s'efforce par des arguments directs et indirects de démontrer leur vitalité et leur spécificité. J'ai voulu à mon tour m'occuper de cette question et j'ai essayé diverses colorations proposées par Pelagatti (15) : à un examen attentif j'ai pu constater que ces masses étaient situées au milieu des foyers d'infiltration, qu'on ne parvenait pas à reconnaître la présence d'une véritable capsule autour de chaque globe, et que les colorations différentielles n'étaient pas constantes ; une prudence élémentaire m'a obligé à ne pas chercher l'explication de ces globes et à ne pas m'abandonner à la séduction des belles hypothèses.

Le deuxième exemple de syphilide linguale provient d'un nommé M. A..., âgé de 40 ans, dont l'histoire peut se résumer brièvement de la façon suivante : syphilis datant de trois ans, non soignée ou du moins très peu soignée ; cette syphilis semble avoir causé peu de manifestations jusqu'en novembre 1897, époque où est apparue une érosion vers la pointe de la langue, à laquelle a succédé une tuméfaction

des ganglions sous-maxillaires qui devinrent plus tard fluctuants. On fit des applications topiques et on commença aussi un traitement mercuriel par les injections hypodermiques, mais l'érosion s'étendit et envahit plus de la moitié de la langue. Dans les premiers jours de mars 1898, le malade entra à la Clinique dermosyphilopathique de Bologne dans l'état suivant : la langue est augmentée de volume, de couleur rouge cuivre ; sa surface est irrégulière, en particulier sur les bords et à la pointe où on trouve plusieurs ulcérations à bords relevés et tranchants, presque creusés, à fond aplati, recouvert par places d'une substance jaunâtre muco-gommeuse et en d'autres points de granulations petites, pâles, facilement saignantes. Par suite de ces lésions, tous les mouvements de la langue et la sortie de la langue hors des arcades dentaires, sont difficiles et douloureux pour le malade. Je ne décrirai pas les complications ganglionnaires et les autres manifestations de même ordre et je me borne à quelques considérations sur la glossite. La description des altérations de la langue en reproduit très incomplètement l'aspect et en donne une image pâle et imparfaite. Il est certain que la chute de l'épithélium des 3/4 de la langue, l'irrégularité de sa surface, la facilité avec laquelle elle saigne, les érosions et les ulcérations des bords de la langue, la concomitance d'adénites sous-maxillaires n'éclairent pas beaucoup le diagnostic différentiel entre la glossite gommeuse syphilitique et le carcinome lingual : cependant les caractères du fond de l'ulcération, la consistance fibreuse (sclérose) de l'organe, la longue durée et la limitation persistante de la lésion faisaient croire davantage au premier diagnostic qu'au deuxième. L'état des ganglions ne pouvait aucunement aider le diagnostic, parce que, en raison des complications du côté de la muqueuse gingivale et peut-être de l'état de la surface de la langue elle-même, ils avaient des raisons suffisantes de suppurer. Aussi dans ce cas le critérium thérapeutique et curatif a été très utile et même dans cette circonstance nous avons pu avoir une nouvelle confirmation de notre confiance dans l'énergie de l'action du calomel qui a été employé en injections hypodermiques. Il va de soi qu'on ne négligea pas de faciliter la guérison en traitant localement les lésions linguales au moyen de collutoires désinfectants, astringents et toniques et que l'on recourut même à l'excision de quelques fragments du bord exubérant, pour parvenir à régulariser la surface et à la rendre moins raboteuse ; mais personne ne peut hésiter à reconnaître que le rôle principal et fondamental dans la guérison doit être attribué au calomel.

Laissant donc de côté ces considérations cliniques, j'arrive maintenant à la description des résultats de l'examen microscopique d'un fragment de la langue excisé dans le but d'aplanir le bord gauche de celle-ci.

Muqueuse. — L'épithélium présente un développement considérable de toutes ses couches, depuis la couche pavimenteuse jusqu'à la couche basale, surtout des couches intermédiaires. La forme des bourgeons interpapillaires est très irrégulière, quelques-uns sont minces et allongés, d'autres sont volumineux et ont perdu leur parallélisme, de sorte qu'ils présentent une direction oblique, laquelle est cause que sur les coupes on voit çà et là des cônes sectionnés transversalement et rappelant de loin les jetées de l'épithélioma. Mais la régularité de la couche basale, l'homogénéité des éléments épithéliaux en particulier, leur disposition encore intacte et normale lèvent tous les doutes sur la nature de la lésion. Il me semble cependant intéressant de signaler cette particularité de l'épithélium de la muqueuse, qui se rencontre sur les bords des plaies et des ulcérations chroniques, sur le revêtement des granulations fongueuses et se rapproche notablement de l'aspect du carcinome superficiel ou plat de la peau. Ce n'est donc pas seulement l'aspect macroscopique qui rapproche précisément des lésions si différentes sous le rapport de la nature du pronostic et du traitement, mais aussi une certaine analogie de structure histologique, laquelle légitimerait la croyance que les premières de ces lésions seraient, pour ainsi dire, sur la limite de la dernière, ou devraient être considérées comme les stades précédant celle-ci. Je ne veux certes pas confondre en une même conception étiogénétique les granulations fongueuses, les érosions chroniques, la glossite et l'épithélioma ; mais il me semble qu'on est amené à admettre que des conditions causales très disparates peuvent provoquer le développement, sinon identique du moins presque identique, de certaines parties ou de certains tissus de l'organisme.

Les constatations histologiques viennent, d'autre part, apporter un appui solide à la théorie que j'ai plusieurs fois entendu soutenir par le professeur Majocchi, d'après laquelle une stimulation traumatique, même légère et d'une façon plus précise la macération de l'épithélium muqueux hypertrophié, suffit à produire dans les jetées épithéliales profondes une prolifération désordonnée, atypique, qui constitue le début du développement de l'épithélioma. En d'autres termes, il existe dans les cas de glossite syphilitique des formations épithéliales, presque épithéliomatodes, de la muqueuse linguale reposant sur une base gommeuse, qui restent pendant longtemps à un stade d'inertie néoformative, jusqu'à ce que, par suite du ramollissement ou du développement d'une petite érosion, l'épithélioma, quittant l'état latent, devienne très manifeste en présentant les caractères nets d'une ulcération maligne.

Dans cet épithélium de la muqueuse, on trouve peu d'altérations de la couche basale et de la couche moyenne, et au contraire des altérations

plus accentuées de la couche pavimenteuse superficielle. Dans les couches basale et moyenne, en dehors de quelques noyaux cellulaires hydropiques, de quelques cellules lymphatiques immigrées dans les espaces inter-épineux, il n'y a aucune lésion qui mérite d'être notée ; au contraire, dans les couches les plus superficielles, un grand nombre d'éléments cellulaires sont le siège d'hydropisie péri et endonucléaire, les espaces lymphatiques sont dilatés, et on voit dans ces espaces de nombreux leucocytes polynucléés, dont un grand nombre forment comme une couche ou des amas à la surface libre de la muqueuse. Dans ce cas comme dans le précédent, on peut rencontrer de courts intervalles ou sinuosités au niveau desquels la couche pavimenteuse est tombée en laissant à découvert les cellules polygonales des couches moyennes.

Papilles. — Contrairement à ce que nous avons constaté dans le cas précédent, un grand nombre de papilles persistent et sont bien conservées. Cependant, même à leur niveau, l'épithélium présente, comme sur le reste de la muqueuse, les différences d'épaisseur que j'ai décrites plus haut. Le derme papillaire est infiltré de cellules d'aspects divers, mais cette infiltration n'est pas compacte ; il y a des amas disséminés de petites cellules mononucléées (lymphocytes) et des traînées d'éléments plus gros, arrondis ou cubiques, à noyaux excentriques uniques ou multiples (2 ou 3) pourvus de grosses granulations et à protoplasma granuleux bien développé. Ces traînées suivent nettement la direction des vaisseaux. Les éléments fixes du tissu conjonctif fondamental sont peu ou pas altérés, les fibres sont un peu tuméfiées. Au milieu de ces fibres, et se distinguant bien des éléments d'infiltration qui viennent d'être décrits, on trouve des cellules allongées, fusiformes, avec des prolongements protoplasmiques, très semblables aux cellules fixes du tissu conjonctif ; ces cellules renferment des granulations en nombre variable et de dimensions variables, formant comme une couronne autour du noyau et se colorant en rouge cerise par le bleu polychrome de Unna. Ces éléments (mastzellen) sont rares et disséminés sans ordre apparent.

On trouve la même infiltration dans la couche sous-muqueuse et même plus profondément, au niveau des muscles dont on ne constate plus de traces sur les coupes. On constate une prolifération des cellules endothéliales des vaisseaux sanguins ; ces cellules sont troubles et détachées, la tunique interne de ces vaisseaux est épaissie.

Plus profondément on trouve quelques cellules géantes qui se reconnaissent à la pâleur de leur protoplasma, à l'état finement granuleux des noyaux, à la forme ovoïde et à la disposition périphérique en couronne de ceux-ci. Autour de ces cellules géantes on ne constate pas la variété de cellules et la disposition qu'on observe dans les tubercules et en général dans les granulomes, c'est-à-dire

des cellules dites épithélioïdes, et des leucocytes, mais ceux-ci sont disséminés irrégulièrement et ne paraissent pas commandés par un centre qui serait représenté par la cellule géante. On note également sur ces coupes qu'il n'y a pas de tendance à la dégénération, que l'infiltration est également compacte, constituée par des éléments qui se colorent vivement, et qui témoignent par ce caractère, de même que par leur forme et leurs dimensions, par la structure de leur protoplasma et de leur noyau, d'un degré élevé de vitalité et peut-être même de fonctionnement. En quelques points cependant l'infiltration cesse d'être compacte et ses éléments sont éclaircis, remplacés par un tissu de néoformation à caractère embryonnaire. C'est du tissu conjonctif jeune, comme on peut en juger par ses éléments cellulaires gonflés et granuleux, par ses fibres disposées en faisceaux et brillantes, qui, sous forme de stries et d'amas, alternent çà et là avec le tissu de granulation. Il y a donc dans cette langue, comme dans celle qui a été précédemment étudiée et même à un degré prononcé, non seulement une tendance à la transformation conjonctive de l'infiltrat, mais encore la réalisation de cette transformation.

Mais aux dépens de quels éléments cette transformation se fait-elle ? Je n'ai pas l'intention de reprendre la question de l'origine du tissu conjonctif, et je me contenterai de considérer spécialement quelques lésions que l'on voit sur les coupes.

Tout d'abord il est nécessaire de savoir quels sont et d'où proviennent les éléments d'infiltration. Quand on dit leucocytes, plasmazellen, mastzellen, etc., on ne fait pas autre chose que signaler des formes de cellules, que relever des différences d'aspect, que reconnaître des propriétés tinctoriales distinctes, et cela est déjà beaucoup, ou plutôt cela est la base de différenciations ultérieures, mais c'est trop peu en ce qui concerne la genèse de ces éléments.

Les travaux d'Ehrlich (16), de Ballowitz (17), de Neumann (18), de Westphal (19), de Unna (20), de Audry (21), de Jadassohn (22), de Marschalko (23), de Hodara (24) et d'autres encore sont parvenus à établir les propriétés caractéristiques des plasmazellen comparées à celles des mastzellen, des spindelzellen, des leucocytes, mais leurs conclusions sont en désaccord en ce qui concerne l'origine de ces différents éléments. Et non seulement il y a des divergences d'opinions et de théories sur ce point, mais encore il y en a sur le rôle et l'évolution de ces variétés cellulaires.

Ceux qui connaissent la littérature de cette question savent sur quoi reposent et sur quelles expériences sont basées les opinions des auteurs qui admettent l'origine lymphatique des plasmazellen et celles de leurs contradicteurs qui les font provenir des cellules conjonctives. Il me semble que les granulations et la colorabilité du noyau ainsi que du protoplasma, que les formes graduelles de pas-

sage des lymphocytes aux plasmazellen, que le siège périvasculaire et interleucocytaire de ces éléments, sont des preuves très sérieuses de leur origine leucocytaire. Je dois rappeler ici les théories émises sur les plasmazellen, parce que les préparations microscopiques que je viens de décrire montrent, on peut le dire, des échantillons typiques de cette espèce de cellules.

Je suis bien loin de vouloir attribuer aucun caractère de spécificité aux plasmazellen dans la syphilis; aussi j'admets avec Unna que, dans toutes les tumeurs infectieuses de granulation, les plasmazellen ne manquent jamais. Celles-ci sont sans doute très nombreuses dans les lésions syphilitiques comme l'a encore affirmé récemment Hjelmann (25) et se présentent sous différents aspects : 1° plasmazellen mononucléées petites, à noyau polaire formé de gros grains, à protoplasma granuleux se colorant d'une manière intense ; 2° plasmazellen mononucléées grosses, à noyau polaire formé de gros grains, avec zone claire périnucléaire, avec protoplasma granuleux se colorant de façon intense au pôle opposé au noyau ; 3° plasmazellen bi et trinucléées à noyaux périphériques petits formés de gros grains, avec protoplasma se colorant d'une façon intense au centre de la cellule. J'ai déjà dit plus haut les raisons pour lesquelles cette dernière variété de plasmazellen ne doit pas être confondue avec les cellules géantes ; j'ajoute que je ne saurais contester que ces mêmes plasmazellen puissent (en dégénérant) se transformer en cellules géantes. La division nucléaire de ces éléments se produit très vraisemblablement d'une façon directe, c'est-à-dire par scission, ou du moins on ne trouve jamais une phase karyokinétique du noyau. Et même ce caractère n'est pas sans importance lorsqu'on doit émettre une opinion au sujet de l'origine des plasmazellen. Il est désormais certain que le mode le plus commun de division des éléments cellulaires animaux et végétaux est la karyokinèse, et Deckhuyzen, Peremeschko, Metschnikoff, Flemming (26), etc., ont pu démontrer ce fait pour les leucocytes. Toutefois Löwit et Eberth soutiennent au contraire que la division des leucocytes est seulement amytotique. Aussi d'après cette théorie le mode de multiplications des plasmazellen serait-il plus conforme à celui des leucocytes qu'à celui des autres éléments.

Mais, sur les coupes que je viens de décrire et spécialement sur celles du 2e cas, ces plasmazellen sont distribuées uniformément dans toute l'étendue des coupes, et j'ai déjà fait remarquer qu'on voit disséminés çà et là des amas et des traînées de tissu conjonctif jeune dont nous recherchons précisément ici l'origine. Eh bien ! dans ces centres conjonctifs, qu'est-il advenu des plasmazellen ? Réduites à un très petit nombre, elles sont en outre déformées et si on ne tenait pas compte de l'excentricité du noyau, de son état granuleux, de la coloration graduelle du protoplasma, on les reconnaîtrait difficilement par

des plasmazellen. En effet, elles se sont allongées, la zone pâle périnucléaire s'est élargie, les extrémités se sont effilées et sur quelques cellules on parvient à voir comme un appendice, une fibrille partant de la cellule. A côté de ces cellules, il y a de jeunes cellules conjonctives à protoplasma granuleux abondant, à noyau se colorant d'une façon intense, et entre les unes et les autres, au milieu des petits faisceaux conjonctifs jeunes encore lâchement unis, mais entrecroisés, on voit des leucocytes ou mieux des noyaux de leucocytes, qui représentent les reliquats de la destruction de ces éléments. La figure 4 représente une ébauche de ces diverses transformations.

Aussi il me semble que l'opinion de Unna au sujet du rôle et de la destinée des plasmazellen est très vraisemblable. Évidemment il y a un désaccord grave entre la théorie de Unna sur les plasmazellen et celle dont j'ai fait mention, et le désaccord porte sur l'origine de ces cellules, qui d'après Unna proviendraient du tissu conjonctif et, d'après Jadassohn et Marschalko, des leucocytes. Dans un tout récent travail, Gherardini (27) arrive également à cette conclusion que les plasmazellen dérivent des globules blancs et qu'ils ont pour aboutissant une fibroblaste, mais il confond les mastzellen avec les plasmazellen et nie à tort les caractères différentiels de ces deux espèces de cellules.

D'autre part, on sait que les manifestations syphilitiques, spécialement les nodules syphilitiques, ont pour caractéristique la tendance à la sclérose et il ne me semble pas hasardé, après ce que nous avons vu, de mettre en parallèle le nombre considérable de plasmazellen dans les infiltrats syphilitiques et la production finale de tissu conjonctif.

Dans la description de mes préparations, j'ai à peine fait mention des mastzellen, et je crois opportun de rappeler ici que je n'en ai véritablement constaté qu'un petit nombre, et presque toujours en dehors des gros amas de leucocytes.

S'il est vrai que les mastzellen sont l'expression de l'hypernutrition (Ehrlich) ou de l'augmentation de l'activité cellulaire (Neumann), il faudrait admettre que dans nos cas ces fonctions sont très misérables ; en d'autres termes, s'il est vrai que les mastzellen (et ici les opinions des auteurs sont plus concordantes) sont des cellules conjonctives, nous n'avons pas la preuve que le tissu conjonctif soit ici dans un état d'hypernutrition, ou subisse l'influence des stimulations phlogogènes. Il semblerait, par suite, exact d'admettre que la néoformation conjonctive ne peut pas, dans notre cas, dériver tout entière du tissu conjonctif préexistant.

Finalement, s'il faut considérer comme absolument démontré que le tissu conjonctif a pour origine le tissu conjonctif (Virchow, Ziegler, Marchand, Reinke, Bardenheuer, Baumgarten, etc.), il ne semble pas qu'on doive pour ce motif nier que dans certains cas d'autres éléments

(leucocytes) soient capables de donner naissance au tissu conjonctif. La démonstration de cette opération présente évidemment une grande difficulté, dont la première est peut-être qu'elle a devant elle une théorie certaine et indiscutable; je dis qu'elle a cette théorie devant elle et non contre elle, parce que je crois que l'une n'exclut pas l'autre, mais qu'elles se complètent l'une l'autre. Cependant les travaux de Nikiforoff, Arnold, Metschnikoff, Ranvier, Pawlowsky, Coen (28) rendent de plus en plus vraisemblable l'opinion d'après laquelle tous les leucocytes n'ont pas une part uniquement passive dans les processus d'infiltration qui ont pour terme ultime la néoformation conjonctive.

Et en nous élevant à des conceptions encore plus générales, il me semble qu'en supposant un instant démontrée cette transformation des plasmazellen et leur origine, la fonction des globules blancs deviendrait plus claire et plus étendue : ils n'auraient plus seulement pour rôle la *phagocytose* (Metschnikoff) et n'iraient pas seulement au-devant de la *fagolyse*, mais auraient aussi une destination ultérieure, la *fibroblastose*. Il n'est pas difficile d'admettre que quelques espèces leucocytaires (leucocytes mononucléés, polyeidocytes de Hodara) seraient seules préposées à cette fonction et l'on peut aussi concevoir que les mêmes excitations inflammatoires (toxines) soient capables (chémiotaxies positive et négative) de choisir, dirais-je presque, entre les diverses espèces de cellules, de façon à donner lieu dans un cas à une infiltration simplement leucocytaire, dans un autre à une accumulation notable de plasmazellen.

Dans notre cas nous avons décrit des plasmazellen tant dans le tubercule que dans la glossite, mais avec prédominance dans celle-ci et c'est dans celle-ci qu'on rencontre encore les indices et les traces de sclérose.

Mais les constatations histologiques faites jusqu'ici nous fournissent d'autre part le moyen d'interpréter quelques particularités cliniques tant du tubercule que de la glossite. Je veux dire qu'elles nous donnent l'explication de la consistance et de la rigidité de la langue, de la perte de son élasticité, de la difficulté de ses mouvements, du mode de production de ses ulcérations, de l'étendue, de la forme et de la profondeur de l'ulcération, enfin des déformations de la langue. Et véritablement je ne pourrais me dispenser d'exposer ces points si, sur cette question des caractères objectifs et cliniques des syphiloses linguales, il n'existait déjà (et j'ai cité les principaux au début de ce mémoire) de nombreux travaux et mémoires d'auteurs très estimables ; et d'autre part je me propose de résumer en un seul chapitre tout ce qui concerne ce sujet quand j'aurai, comme je l'espère, recueilli des pièces appartenant au moins aux plus communes des manifestations syphilitiques de la langue. Actuellement je préfère

résumer les caractères histopathologiques les plus importants que l'examen microscopique a mis en évidence.

Le tubercule syphilitique de la langue :

1° Débute dans le tissu conjonctif sous-muqueux, qui est l'équivalent du derme réticulé de la peau ;

2° S'irradie de ce centre vers la superficie, en déformant et atrophiant les papilles ;

3° Dérange profondément la disposition du tissu élastique et du tissu musculaire qui disparaît sans laisser de traces ;

4° A des limites assez nettes ;

5° A une genèse, une structure et un siège anatomique qui ne diffèrent pas de ceux du tubercule cutané ;

6° Ne présente aucune tendance à la formation de cellules géantes ;

7° Présente des altérations vasculaires consistant en prolifération et détachement de l'endothélium, infiltration de la tunique externe ; il n'y a pas de traces évidentes d'un processus endartéritique.

La glossite syphilitique, au contraire :

1° A un point de départ notablement plus profond, et plus exactement dans le parenchyme musculaire ;

2° N'a pas de limites précises et envahit facilement tout l'organe ;

3° Présente un épithélium muqueux exubérant et poussant des prolongements irréguliers dans le derme ;

4° Est constituée, dans son processus inflammatoire, par les mêmes éléments morphologiques que le tubercule syphilitique, avec, en plus, des cellules géantes ;

5° Présente une néoformation conjonctive évidente ;

6° Renferme un tissu conjonctif néoformé à disposition intriquée qui donne à l'organe une consistance plus considérable ;

7° Produit des déformations (langue lobée, langue rhagadiforme) de la surface résultant soit de pertes de substance par ulcération, soit de la rétraction du tissu conjonctif néoformé.

BIBLIOGRAPHIE

(1) FAIRLIE CLARKE. *A treatise on the diseases of the tongue.* London, 1873.

(2) CORNIL. *Leçons sur la syphilis.* Paris, 1879.

(3) MAURIAC. *Syphilis primitive et syphilis secondaire.* Paris, 1883.

(4) FOURNIER. Les manifestations linguales de la syphilis. *Union médicale,* 1890.

(5) DU CASTEL. La syphilis de la langue. *Union médicale,* 1891.

(6) DOMEC. *La syphilis sous le microscope.* Paris, 1879.

(7) VINNETA BELLASERRA. Estudio clinico y anatomo-patologico del goma lingual sifilitico, y de la hibridez cancero-esclerogommosa. *Rev. de cien. med.* Barcelone, 1884.

(8) PARROT. La syphilis héréditaire et le rachitis. Paris, 1886.

(9) NEUMANN. Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der

Hautsyphilide, deren Verlauf, und über das indurirte Dorsallymphgefässe. *Viertel-jahr f. Dermat. u. Syphilis*, 1885.

(10) FINGER. Die Diagnose der syphilitischen Initialsclerose und der localen contagiösen Helcose. *Viertel.jahr. f. Dermat. u. Syph.*, 1885.

(11) MARFAN et TOUPET. Contribution à l'étude histologique des gommes syphilitiques et des lésions tertiaires en général. *Ann. de derm. et de syph.*, 1890.

(12) TOMMASOLI. Neue Studien über Syphilide. *Dermatol. Studien*, 1890.

(13) UNNA. *Histopathologie der Hautkrankheiten*. Berlin, 1894.

(14) SECCHI. *Osservazioni sull' istologia ed etiologia del Rinoscleroma*. Cagliari, 1898.

(15) PELAGATTI. Corpi ialini e blastomiceti. *Giorn. ital. delle malat. ven. e della pelle*, VI, 1897.

(16) EHRLICH. Beitr. zur Kenntniss granulirten Bindegelvetszellen und der eosinophilen Leukociten. *Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1897. — Beitr. zur Kenntniss der Anilinfaerbungen, und ihrer Verwendung in der microskopischen Technik. *Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1887.

(17) BALLOWITZ. Ueber das Vorkommen der Ehrlich'sen granulirten Zellen bei winterschlafenden Saügethieren. *Anat. Anzeiger*, 1891.

(18) NEUMANN. *Ueber Plasmazellen*. Rostock, 1885.

(19) WESTPHALL. Ueber Mastzellen. *Gesamm. Mittheil. v. Ehrlich*, 1891.

(20) UNNA. Ueber die Bedeutung der Plasmazellen. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1892.

(21) AUDRY. Sur les cellules isoplastiques. *Annales de derm. et de syph.*, 1896.

(22) JADASSOHN. Demonstration von Unna's Plasmazellen. *Verhand. der Deuts. Dermat. Gesselschaft.*, II Congress, 1891.

(23) MARSCHALKO. Ueber die sogenannten Plasmazellen. *Archiv f. Derm. und Syph.*, 1895.

(24) HODARA. Contribution à l'étude des grands leucocytes mononucléaires. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1895.

(25) HJELLMMAN. Zur Kenntniss der Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis. *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1898.

(26) FLEMMING. Ueber Theilung und Kernformen bei Leukocyten. *Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1888-1891.

(27) GHERARDINI. Osservazioni relative alla natura ed al significato patologico delle Mastzellen nei tessuti. *Policlinico*, 1898.

(28) Cités par MARSCHALKO. V. *supra*.

EXPLICATION DE LA PLANCHE XIII

FIG. 1. — Tubercule syphilitique de la langue. — *a*) Épithélium aminci; *b*) Épithélium normal; *c*) Infiltration qui occupe le derme sous-muqueux et les couches musculaires les plus élevées; *d*) Derme sous-muqueux normal ou à peine infiltré; *e*) Faisceaux musculaires épargnés par le processus destructeur; *f*) Muscles transverses et obliques normaux.

FIG. 2. — Glossite syphilitique diffuse; — *a*) Épithélium hypertrophié; *b*) Papille avec épithélium hypertrophié; *c*) Amas de plasmazellen; *d*) Leucocytes d'infiltration.

FIG. 3. — Type d'infiltration périvasculaire dans le tubercule et la glossite: — *a*) Vaisseau sanguin; *b*) Plasmazellen; *c*) Leucocytes mononucléés.

FIG. 4. — Tissu conjonctif de nouvelle formation: — *a*) Vaisseau sanguin; *b*) Plasmazellen altérées et allongées; *c*) Leucocytes; *d*) Cellules conjonctives.

NOTE SUR LES DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES

Par le Dr **L. Brocq**.

A propos de la discussion sur la dermatite herpétiforme qui vient d'avoir lieu à la Société dermatologique de Londres.

Le 9 février 1898, a eu lieu à la Société dermatologique de Londres une importante discussion sur la dermatite herpétiforme. Elle a débuté par un rapport très soigné du Dr W. Allan Jamieson, et quelques-uns des principaux dermatologistes anglais ont ensuite donné leur opinion sur cette question si difficile et encore si controversée. Après mûre réflexion, après en avoir conféré avec notre maître éminent, M. le Dr E. Besnier, nous avons cru ne pas pouvoir laisser passer sous silence dans les *Annales* cet événement scientifique. Il nous semble en effet que la discussion à laquelle nous faisons allusion a mis en lumière de la manière la plus évidente un dissentiment qui depuis plusieurs années déjà existe à l'état latent entre l'école française et les écoles étrangères : nous ne comprenons pas tout à fait en France la dermatite herpétiforme comme on la comprend à l'étranger. C'est un fait assez considérable pour mériter de retenir l'attention pendant quelques instants, et il nous paraît ressortir de la plupart des dernières publications.

Le moment nous paraît donc venu d'étudier ces dissidences, de les exposer nettement, et de rechercher quelle opinion il convient d'adopter dans l'état actuel de la science.

Cet article se divisera en trois parties : Ire Nous analyserons d'abord les documents dont nous venons de parler : A. Le rapport du Dr Jamieson et la discussion qui en a suivi la lecture ; B. Les autres travaux étrangers qui traitent du même sujet ; IIe Nous discuterons ces documents ; IIIe Nous exposerons nos idées personnelles sur la question.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE DES TRAVAUX ÉTRANGERS

A. — *Discussion de la Société dermatologique de Londres sur la dermatite herpétiforme.*

Allan Jamieson (1) déclare que les faits qui ont servi à consti-

(1) M. Allan Jamieson. Remarks introductory to a debate on the subject held at a special meeting of the Dermatological Society of London, on the evening of the 9th of February 1898. *British Journal of dermatology*, mars 1898, p. 73.

tuer la dermatite herpétiforme étaient autrefois décrits d'une part avec les érythèmes iris et multiforme, d'autre part avec l'herpès et le pemphigus. L'histoire de cette affection remonte à peine à un peu plus de 12 ans. Il est vrai qu'en lisant avec grand soin la description donnée par Bazin de l'hydroa bulleux, on peut y retrouver beaucoup des caractères de l'affection que Duhring a si bien étudiée, et même on reconnaît dans l'hydroa vacciniforme de l'auteur français la physionomie probable d'une des variétés de cette dermatose. Dans un article posthume publié par son frère Colcott Fox en 1880 dans les *Archives of dermatology*, Tilbury Fox a montré de la manière la plus nette qu'il connaissait les principaux caractères de cette affection, et il a déclaré que l'herpès gestationis de Bulkley n'en était qu'une variété. On ne peut dire si cet article exerça beaucoup d'influence sur l'esprit de Duhring, mais c'est certainement à cet auteur que l'on doit la création du type morbide, *dermatite herpétiforme*, et la description qu'il en donna en 1884 reste encore intacte à l'heure actuelle, même dans ses moindres détails. Brocq dans sa monographie n'ajouta pas beaucoup à nos connaissances. Unna en 1889 montra qu'on doit rattacher à cette affection l'hydroa vacciniforme de Bazin.

Voici la définition qu'Allan Jamieson propose pour la dermatite herpétiforme en se servant surtout de celle qu'en a donnée Unna : « C'est une « névrose chronique de la peau, associée à quelques modifications du sang « encore inexpliquées, n'affectant pas d'une manière accentuée la santé « générale. Elle cause une éruption plus ou moins universelle, accom- « pagnée de sensations de brûlures et de prurit, récidivant régulièrement « pendant une période indéterminée après des intervalles de calme plus « ou moins complets. Le type éruptif est érythémato-bulleux ; mais il peut « subir d'importantes modifications. »

Brocq hasarda l'opinion qu'il peut y avoir une forme aiguë, mais Unna répond que, tandis que chaque poussée isolée peut avoir une évolution aiguë, la maladie en elle-même dans son ensemble est chronique.

Un des points qui demandent le plus à être discutés, est le suivant : « *Que doit-on désigner sous le nom de dermatite herpétiforme ?* » Certainement tout ce que Duhring a réuni sous ce nom, y compris l'herpès gestationis et l'hydroa vacciniforme qui apparaît sous l'influence des rayons du soleil directs ou réfléchis par l'eau ou par la neige. L'éruption récidivante d'été, décrite par Hutchinson, ne diffère de cette dernière variété que par une limitation moins stricte des lésions aux régions découvertes. Duhring avait autrefois aussi rangé l'impétigo herpétiforme dans sa dermatite herpétiforme ; maintenant il le place à côté d'elle.

Allan Jamieson a publié dans l'Atlas International un cas qui présentait des caractères le rattachant d'une part à l'impétigo herpétiforme, d'autre part à la dermatite herpétiforme, et constituant un fait de passage entre ces deux affections. Il n'y a en réalité aucune raison valable pour séparer l'impétigo herpétiforme de la dermatite herpétiforme, et leur réunion tend à simplifier nos idées sur ce point.

Un des grands caractères de l'éruption est la variabilité de son aspect : cependant il y a quelques symptômes qui sont assez constants. Ce sont la présence de l'érythème, d'éléments d'urticaire, de vésicules. La variété

pustuleuse pure doit être rare en Écosse, car l'auteur n'en a pas vu un seul cas. Les grattages laissent peu de traces ; le prurit tend à disparaître dès que les bulles sont ouvertes soit spontanément, soit artificiellement. L'éruption est symétrique : elle siège de préférence au voisinage des articulations, vers la région sacrée, parfois sur les parties découvertes, parfois au contraire sur les parties couvertes.

L'auteur aborde ensuite la question de la valeur de l'éosinophilie dans la dermatite herpétiforme. Il fait remarquer qu'on a trouvé des cellules éosinophiles dans des cas de pemphigus et d'eczéma, aussi bien dans le sang que dans la sérosité des bulles et des vésicules, tandis qu'on n'en a pas trouvé dans les phlyctènes des brûlures. L'accroissement de nombre des cellules éosinophiles peut être directement relié à de l'irritation nerveuse, quoique pas nécessairement d'une manière permanente, et l'on a vu cette multiplication de ces cellules disparaître en même temps que cette modification du système nerveux. Ces faits ne permettent guère d'admettre l'opinion de Leredde et Perrin que la présence des cellules éosinophiles dans le sang et dans la sérosité des bulles est un moyen de diagnostiquer la dermatite herpétiforme du pemphigus. Cependant on peut ranger la dermatite herpétiforme parmi les affections dans lesquelles il y a augmentation du nombre des cellules éosinophiles du sang, et probablement de celles de la sérosité des vésicules et des bulles. Allan Jamieson relate à cet égard le fait de Morris et Whitfield (*British Journal of dermat.*, juin 1897) et un cas qui lui est personnel, et dans lequel le D[r] G. Lovell Gulland trouva : dans le sang, 13 éosinophiles pour cent; dans la sérosité des bulles, 24 éosinophiles pour cent.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'auteur analyse les recherches d'Elliot qui localise le début des bulles au rete et aux prolongements interpapillaires, celles de Gilchrist qui les fait naître entre le derme et l'épiderme, et qui a trouvé que les infiltrats du chorion étaient en partie dus à des cellules éosinophiles. Sur des coupes faites dans un cas de dermatite herpétiforme à type érythémato-vésiculeux personnel à l'auteur, on voyait les vésicules débuter vers le sommet des papilles, mais on apercevait aussi des vésicules complètement formées dans l'épiderme, et en relation avec un follicule pileux. Il y avait beaucoup d'éosinophiles dans le chorion, et dans les vésicules ; il y en avait aussi près d'une veine.

Au point de vue de la pathogénie, l'auteur déclare qu'il n'y a que fort peu à ajouter à ce qu'en a dit Stephen Mackenzie (*British Journal of dermatology*, janvier 1893). C'est une névrose dans le sens qu'il y a trouble de la fonction nerveuse, au double point de vue sensitif et trophique : elle est paroxystique d'allures. La cause excitante est souvent une de celles qui exercent une action spéciale sur le système nerveux, comme le froid, la chaleur, la lumière, la grossesse, le shock ; mais il y a en outre à tenir compte de quelques prédispositions de personnes ou de tissus qui sont les conditions déterminantes. L'hypothèse des toxines émise par Hallopeau est possible, mais non encore démontrée.

Quant au traitement, l'auteur croit que l'arsenic exerce une action restrictive sur la marche de la maladie, qu'il limite l'éruption des vésicules et des bulles. Il croit que cet effet suspensif est plus accentué quand on le

combine avec la strychnine. Mais il échoue parfois; dans quelques cas, l'accoutumance explique ces insuccès. Les topiques locaux qui lui ont donné les meilleurs résultats sont l'ichtyol et le soufre.

« En résumé, dit l'auteur en terminant, les points qui me paraissent « surtout devoir être discutés sont les suivants: 1° Quels sont les états « morbides que l'on doit regarder comme devant être désignés sous le « nom de dermatite herpétiforme? 2° Quelles sont les lésions du sang qui « ont été observées par les dermatologistes présents et quelle est leur signi- « fication? 3° Peut-on réellement appeler cette affection une névrose et sur « quels motifs peut-on s'appuyer pour accepter ou rejeter cette opinion? « 4° Quelle est la pathogénie de cette maladie? 5° Y a-t-il quelques indi- « cations thérapeutiques à déduire des solutions diverses que l'on peut « donner aux précédentes questions? »

Radcliffe Crocker dit que le travail de Tilbury Fox sur l'hydroa a été beaucoup trop négligé par les auteurs qui se sont ensuite occupés de ce sujet. C'est par déférence pour ce mémoire qu'il a adopté (lui Radcliffe Crocker) pour la dermatite herpétiforme, le nom d'*hydroa herpétiforme*.

Il ne croit pas que l'hydroa vacciniforme ou œstivale puisse rentrer dans la dermatite herpétiforme, car il s'en distingue nettement par son évolution, par son apparition exclusive sous l'influence d'actions irritantes extérieures, par ses eschares considérables, par son absence de groupement.

L'herpès gestationis n'est qu'un hydroa herpétiforme à étiologie spéciale.

L'hydroa herpétiforme est surtout caractérisé par de l'érythème disposé en anneaux, ou par des groupes de papules, des vésicules, des bulles ou des pustules groupées, par un prurit accentué, par une tendance à avoir une longue évolution avec des poussées successives, et aussi par des récidives après des mois de calme.

Cependant quelqu'un de ces caractères peut faire défaut momentanément ou constamment pendant une attaque. C'est ainsi que certains cas présentent de l'érythème sans vésicules. Le prurit même peut être fort modéré; il l'a vu manquer complètement dans un cas net.

On considère d'ordinaire comme étant le symptôme le plus caractéristique une disposition herpétiforme des éléments éruptifs, c'est-à-dire des lésions multiples disposées en groupes, et en effet Duhring a avancé tout récemment que des lésions groupées étaient essentielles pour pouvoir poser le diagnostic d'hydroa herpétiforme.

Il voudrait cependant demander aux membres présents dans quelle catégorie on pourrait placer le cas suivant qu'il vient d'observer: dame de 45 ans, présentant une éruption bulleuse généralisée, survenant par poussées, mais nullement groupée : elle s'était développée sur une éruption première qui avait été appelée eczéma circiné. L'orateur fit le diagnostic de pemphigus. En dix jours les bulles cessèrent de se produire ; mais trois semaines plus tard, quand il la vit, elle avait une éruption composée d'anneaux érythémateux, sur quelques-uns desquels l'épiderme était nettement soulevé par un liquide opalescent, non sous la forme de vésicules distinctes, mais sous la forme d'un anneau. Ces lésions annulaires se

développaient à la suite d'une vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle, reposant sur une base érythémateuse, et on pouvait suivre tous les stades entre cet élément primitif, des anneaux simples d'un pouce et demi de diamètre, et des lésions gyratées composées aussi larges que la paume de la main qui couvraient le tronc et un peu moins les membres. Les sensations de prurit et de brûlure étaient assez accentuées, mais pas excessives. C'était l'eczéma circiné dont la malade lui avait parlé, et dont elle avait eu une légère atteinte un an auparavant. Était-ce un pemphigus circiné ? ou un hydroa herpétiforme, mais sans lésions groupées?

L'orateur regarde l'hydroa herpétiforme comme une entité morbide clinique, mais il croit qu'il est pathogéniquement allié au pemphigus, auquel il ressemble par sa marche récurrente chronique, capricieuse, et par les effets curatifs qu'exercent sur lui l'arsenic et d'autres médicaments.

Colcott Fox proteste vivementc ontre le peu d'attention que les auteurs suivants ont accordé au travail posthume de son frère. Il prend à partie Ittmann et Ledermann et surtout MM. E. Besnier et Doyon qui dans leurs notes annexées à la deuxième édition de Kaposi ont déclaré, p. 338, « qu'a-« vant Duhring personne n'avait, en réalité, conçu et réalisé le projet de « réunir tous ces faits dispersés sous les dénominations les plus diverses « et de les constituer, en dehors du pemphigus, des érythèmes phlycté-« noïdes, des herpès généralisés, et des éruptions toxidermiques, en une « individualité morbide définie, dont ils ne seraient que des espèces, des « formes ou des variétés ».

L'orateur croit que c'est précisément là ce qu'a fait Tilbury Fox dans son article; d'après lui, il a rempli à peu près le même programme que Duhring : prenant comme point de départ les travaux de Bazin, il a proposé de constituer un groupe nouveau de maladies appelé hydroa, distinct de l'érythème bulleux, de l'herpès et du pemphigus. Il a mis en relief presque tous les caractères définitifs du groupe étudié plus tard par Duhring, la multiformité, l'herpétiformité, les sensations douloureuses, la chronicité avec les rechutes et l'élément neurotique. Cependant il reconnaît que quelques-uns des cas qui se trouvent dans ce mémoire ne sauraient rentrer dans la dermatite herpétiforme, et que la classification des types morbides que T. Fox a proposée est défectueuse.

Il adopte pour la dermatite herpétiforme la définition de T. Fox et de Duhring qui comprend les points suivants : 1° une inflammation superficielle ; 2° de la tendance à la multiformité de l'éruption pendant une poussée, et au changement de type éruptif suivant les diverses poussées ; 3° de la tendance au groupement herpétiforme ; 4° des troubles notables au point de vue des sensations (dysesthésie) ; 5° une évolution chronique avec tendance aux rechutes et aux récidives.

Il fait remarquer que le Dr Jamieson n'a pas suffisamment insisté sur les points 2 et 3, et en cela il se sépare complètement de lui. Le changement de type éruptif suivant les poussées est toujours important, parfois très frappant. Dans un cas de Tilbury Fox, une des poussées fut caractérisée par des vésico-pustules ou par de petites bulles isolées sans grande tendance à se grouper ; tandis qu'auparavant, alors que le malade était soigné par le Dr Sangster, il était couvert de vésicules disposées en anneaux.

Dans un autre cas l'éruption consista pendant fort longtemps en groupes de trois ou quatre vésicules, mais ensuite elle se limita aux surfaces d'extension des bras et des jambes et devint indiagnosticable d'avec le prurigo.

L'orateur donne quelques explications sur la tendance de l'éruption à prendre une disposition herpétiforme. Le terme herpétiforme a reçu divers sens suivant les auteurs. Hebra l'a appliqué à son impétigo pour signifier que dans cette affection les pustules ont de la tendance à se grouper en cercles, comme dans l'herpès circinatus. Tilbury Fox l'a appliqué à une de ses variétés d'Hydroa caractérisée par une tendance au groupement des vésicules; mais, comme ces groupes n'étaient pas aussi nets, aussi bien formés que ceux du véritable herpès, il a employé le terme *herpétiforme.*

Duhring dit que sa maladie est herpétique, c'est-à-dire que les lésions tendent à être vésiculeuses et à se produire sous la forme de petits groupes et bouquets, et il a trouvé que ce caractère herpétiforme existait dans tous ses cas. A propos d'un cas de sa variété pustuleuse (*Medical News*, 5 mars 1897), il écrit : « A tous moments, même lorsque l'éruption pour- « rait être regardée comme étant disséminée, elle conserve toujours le « caractère herpétique, étant soit située sur une base enflammée, surélevée « (lorsque les éléments sont volumineux), soit groupée, ou même dispo- « sée sous forme d'anneaux comme dans la trichophytie cutanée ou « l'herpès iris (lorsque les éléments sont petits). »

C'est dans son sens le plus large que Colcott Fox emploie ici le terme d'herpès, qui s'applique à la fois aux groupes de l'herpès facial, du zoster, à ceux de l'herpès iris, et à ceux de la trichophytie cutanée : Brocq n'a pas insisté sur l'importance de cette herpétiformité dans sa définition.

Les troubles de la sensibilité, en particulier le prurit, sont d'ordinaire un symptôme important, mais dans certains cas ou à certaines périodes, ils peuvent être comparativement légers.

Brocq insiste sur la conservation notable de la santé générale. C'est vrai pour beaucoup de cas, mais pas pour tous.

Il est impossible de distinguer la dermatite herpétiforme des autres affections dont elle est voisine. C'est ainsi qu'il est bien difficile maintenant de savoir ce que l'on doit laisser dans le groupe pemphigus.

Il ne croit pas que l'on puisse faire rentrer l'hydroa vacciniforme dans la dermatite herpétiforme.

Il émet des réserves à propos de l'impétigo herpétiforme dont il n'a jamais vu de cas : il en est de même pour la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique d'Hallopeau. Mais il range nettement l'herpès gestationis dans la dermatite herpétiforme.

Quant au traitement, il n'a jamais eu de résultats avec l'arsenic : il n'a vu réussir dans cette affection que les remèdes préconisés par T. Fox, la quinine, le fer, et les divers toniques du système nerveux, surtout l'huile de foie de morue, donnés à hautes doses. Le soufre en applications locales n'a pas réussi entre ses mains.

Frank H. Barendt communique un cas type d'herpès gestationis qu'il rattache à la dermatite herpétiforme.

Stopford Taylor, en 5 années, sur 8 à 9,000 malades atteints de mala-

dies de peau, a observé à Liverpool 5 cas de dermatite herpétiforme. Il croit que cette affection est due à quelque trouble nerveux mis en jeu par des toxines introduites dans le torrent circulatoire.

Malcolm Morris dit que la dermatite herpétiforme n'est pas du tout l'affection peu grave que l'on croit : il en a vu quatre cas se terminer par la mort, deux par épuisement à la suite de poussées prolongées, deux soudainement par arrêt du cœur. L'arsenic ne lui a donné aucun résultat ; dans certains cas la phénacétine a calmé les douleurs et procuré le sommeil.

J. J. Pringle demande à Jamieson s'il considère que la dermatite herpétiforme telle qu'on la discute est vraiment une *maladie distincte*, ou simplement une variété clinique ou un type d'un groupe vaste et quelque peu incohérent d'affections bulleuses. Il est fortement convaincu de la vérité de cette dernière opinion, et il croit que tant qu'on ne connaîtra pas d'une manière positive l'étiologie de tous ces faits, il est inutile et illusoire de vouloir essayer de les classifier.

Certainement il y a des cas dans lesquels on retrouve bien les principaux caractères mis en relief par Duhring ; mais dans presque tous, si on étudie les malades pendant assez longtemps, on s'aperçoit de profondes différences d'avec le type créé. C'est ainsi qu'on peut voir la mort survenir ; et l'orateur en a observé deux exemples : dans l'un il s'agissait d'une femme de plus de 70 ans, et la maladie avait pris tout à fait l'aspect du pemphigus ; dans l'autre il s'était agi tout d'abord d'herpes gestationis, récidivant pendant sept grossesses successives, puis l'éruption bulleuse devint plus ou moins incessante et généralisée ; les conjonctives, la bou-n che, l'œsophage furent envahis, et la malade mourut d'une perforatio intestinale au bout de 12 ans de souffrances.

Dans la dernière édition de son livre, Duhring admet que les bulles peuvent se produire sur la peau saine sans aréole, et que la dermatite herpétiforme peut finir en pemphigus.

L'orateur a presque toujours eu un doute toutes les fois qu'il a posé le diagnostic de dermatite herpétiforme. *La présence de groupes herpétiformes de vésicules est peut-être le meilleur caractère que nous ayons pour établir le diagnostic, mais on semble admettre que ce n'est pas absolument une condition sine quâ non.*

Il est évident que l'éosinophilie, quoique ayant de l'importance, n'est nullement pathognomonique, et que l'on ne peut pas non plus faire du prurit un symptôme capital : dans un des cas les plus typiques qu'il ait vus, le prurit brillait par son absence ; le malade était un homme parfaitement stupide, non émotif.

Son expérience personnelle lui permet de dire que tous les traitements qui ont été recommandés, tels que le soufre, l'arsenic, etc... sont inefficaces.

Dans un cas il a pu constater, comme Malcolm Morris, de bons effets avec la phénacétine ; il a vu aussi l'antipyrine diminuer beaucoup l'intensité du prurit.

H. G. Brooke dit que l'étiquette de dermatite herpétiforme n'est que provisoire, et qu'il est nécessaire d'attendre que l'on ait des connaissances suffisantes pour tenter une classification plus exacte.

Galloway pense que l'on a appliqué le diagnostic de dermatite herpétiforme beaucoup trop souvent, et sans grand esprit critique. Il est heureux de penser que l'un des résultats de cette discussion va conduire à un emploi plus mesuré de ce terme.

Il est intéressant de savoir qu'il y a de l'éosinophilie dans cette affection ; mais, comme on la trouve dans beaucoup d'autres états morbides, on ne peut regarder ce caractère comme étant de quelque utilité pour le diagnostic.

Un point important qu'on a laissé de côté dans la description de cette maladie, est la vulnérabilité particulière de la peau de certains de ces sujets.

Comme M. Morris et d'autres membres de la Société, il croit que la dermatite herpétiforme a souvent un pronostic fort grave ; il a observé un cas de mort soudaine, mais il faut avouer que la malade était une vieille femme affaiblie qui avait une grave cardiopathie. Il s'élève fortement en terminant contre l'emploi de l'arsenic.

A. Whitfield expose, dans une sorte de revue générale fort bien faite, les recherches qui ont déjà été publiées sur l'éosinophilie dans la dermatite herpétiforme ; il rend hommage aux travaux de Leredde et Perrin. Dans un cas de dermatite herpétiforme, il a trouvé dans le sang de 8 à 15 pour cent d'éosinophiles, environ le double de ce nombre dans un cas d'herpès gestationis : dans les deux cas les bulles ne renfermaient presque que des éosinophiles. Dans une phlyctène provoquée sur son bras par un vésicatoire, il a trouvé sur 152 leucocytes, 79 neutrophiles, 61 mononucléaires, et 12 éosinophiles, ce qui donne un pourcentage de 8 p. 100 d'éosinophiles : ce nombre est bien inférieur à ce que l'on trouve dans les vésicules ou dans les bulles de la dermatite herpétiforme.

Il croit que Leredde attache trop d'importance à ce symptôme au point de vue du diagnostic, car on a publié des cas d'érythème polymorphe et de pemphigus (Drysdale, *Pathol. Soc. of London*, janvier 1898) dans lesquels l'éosinophilie existait dans le sang et dans les bulles, et ce sont sans aucun doute ces deux maladies qui sont le plus difficiles à diagnostiquer d'avec la dermatite herpétiforme.

Leslie Roberts dit qu'il ne croit pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de limiter exactement ce qu'il faut entendre par dermatite herpétiforme. Quant à lui, il regarde les phénomènes que l'on a groupés sous ce nom comme appartenant à une classe de processus morbides comprenant plusieurs formes cliniques différentes. Il a vu parfois l'arsenic réussir, d'autres fois échouer, ce qui lui prouve que la maladie n'est pas une entité morbide définie.

Stephen Mackenzie examine quatre points : 1° Au point de vue éruptif *il ne croit pas que le polymorphisme, la tendance aux rechutes, et le prurit soient suffisants pour constituer la dermatite herpétiforme ; si ce mot veut dire quelque chose, il implique que, quoique les lésions vésiculeuses ne soient pas nécessaires dans chaque attaque particulière, elles doivent se produire parfois dans le cours de la maladie disposées d'une manière herpétique, c'est-à-dire groupées.* Il croit comme R. Crocker que cette affection a d'étroits rapports avec le pemphigus, quoiqu'il n'aille pas jusqu'à dire que ces deux maladies

sont identiques. 2° Il ne croit pas qu'il faille faire rentrer l'hydroa vacciniforme dans la dermatite herpétiforme. 3° Il a, comme Galloway, observé dans ces cas une extrême facilité pour l'épiderme de se soulever en phlyctènes au moindre frôlement. 4e L'arsenic a certainement pour lui une influence modératrice sur la maladie, mais il n'est pas curatif. D'autre part, il a obtenu d'excellents résultats avec des pansements au soufre.

A. Jamieson, répondant à Pringle, fait remarquer que lorsqu'on étudie une maladie, même bien établie, indiscutée, comme le lichen ruber planus ou le psoriasis, on trouve qu'il y en a des cas qui s'écartent tellement de ce que l'on regarde comme typique qu'ils simulent totalement d'autres affections. Il en est de même de la dermatite herpétiforme. Il y a des cas pour lesquels personne ne pourra faire d'erreur ; il y en a d'autres qui s'éloignent plus ou moins notablement du modèle que l'on a adopté. Des cicatrices se produisent indubitablement dans quelques cas, mais il ne peut dire si elles sont permanentes ou si elles finissent par disparaître.

Si l'on a parcouru avec soin cette longue et minutieuse analyse, on doit voir qu'à côté de beaucoup d'autres questions d'importance un peu moindre que nous examinerons tout d'abord dans la deuxième partie de ce travail, il semble résulter de la discussion de la Société dermatologique de Londres que le caractère pour ainsi dire majeur et presque pathognomonique de la dermatite herpétiforme, c'est précisément « l'*herpétiformité* » de l'éruption.

C'est là un point capital et dont l'importance n'échappe à personne; c'est sur ce caractère que les auteurs anglais les plus considérables, Radcliffe Crocker, Colcott Fox, Stephen Mackenzie, Galloway, Pringle, etc... s'appuient pour diagnostiquer cette affection d'avec le pemphigus. Le prurit est pour eux un symptôme accessoire et contingent, le polymorphisme lui-même peut manquer ; l'herpétiformité est le signe vraiment distinctif.

B. — *Autres documents récents.*

Il importait donc de voir si cette conception de la dermatite herpétiforme était généralement acceptée à l'heure actuelle à l'étranger. Voici très brièvement résumés quelques documents qui montrent bien que c'est vraiment ainsi que l'on conçoit cette affection en Amérique, en Angleterre, et peut-être en Allemagne.

Ittmann et **Ledermann** (1) dans leur belle étude sur cette affection, disent qu'un fait digne de remarque c'est le caractère herpétiforme de l'exanthème, autrement dit la disposition en groupes, ou circinée, serpigineuse des efflorescences; ils ajoutent que Duhring tient ce type annulaire serpigineux (comme dans l'herpès iris) pour un symptôme si caractéristique, qu'il a pour ce motif donné intentionnellement à la maladie le

(1) *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1892, p. 381. — Voir *Annales de Dermatologie et de Syph.*, p. 656, 1892. Analyse par Doyon.

qualificatif d'herpétiforme.... L'affection désignée aujourd'hui sous le nom de pemphigus est toujours un exanthème exclusivement bulleux, dépourvu de tout caractère herpétiforme. Pour qu'il y ait pemphigus, il faut que constamment le caractère bulleux principal de l'exanthème persiste. Il faut donc regarder comme maladie de Duhring la forme de pemphigus caractérisée par la polymorphie de l'ensemble de l'exanthème, et ils terminent leur mémoire en disant que la dénomination de Brocq est rationnelle, sauf sa longueur, mais elle ne fait pas ressortir *l'herpétiformité.*

Duhring dans sa dernière publication (*Cutaneous medecine; a systematic treatise on the diseases of the skin,* 1898, p. 440) est tout à fait explicite. Les caractères multiforme et herpétiforme de l'éruption sont pathognomoniques de la maladie, et il insiste surtout sur l'importance de ce dernier point. « Quelques auteurs, entre autres Piffard, et J. C. White, considèrent que « la dénomination de dermatite multiforme est plus appropriée que celle de « dermatite herpétiforme, mais, comme le terme de dermatite multiforme « est vague et trop compréhensif, et *que celui d'herpétiforme exprime le carac- « tère le plus important de la maladie*, il pense qu'il doit conserver la déno- « mination qu'il a tout d'abord donnée à cette affection. SANS HERPÉTIFOR- « MITÉ ON DOIT DIRE QUE LA MALADIE NE PEUT PAS EXISTER. »

DEUXIÈME PARTIE

DISCUSSION DES DOCUMENTS PRÉCÉDENTS

Cette deuxième partie comprendra deux chapitres d'intérêt assez inégal. Dans le premier, nous discuterons tous les points d'importance à notre sens relativement secondaire qui ont été traités à la Société dermatologique de Londres; dans le second, nous examinerons la valeur de l'herpétiformité dans la maladie dont nous nous occupons.

CHAPITRE PREMIER

Nous négligerons de parti pris certains sujets, tels que l'étiologie, la pathogénie de la dermatite herpétiforme, sur lesquels on peut discuter à perte de vue, car on vogue en pleine hypothèse ; nous n'en dirons que quelques mots dans notre troisième partie.

Nous croyons pouvoir grouper la plupart des points en litige (en dehors de l'herpétiformité et des graves conséquences qui en découlent) sous les quatre chefs suivants : 1° *questions de priorité;* 2° *types morbides que l'on doit rattacher à la dermatite herpétiforme;* 3° *valeur respective des symptômes décrits ;* 4° *traitement.*

1° Questions de priorité.

a) Un des traits les plus frappants de la discussion de la Société dermatologique de Londres a été les efforts faits par trois de ses membres les plus éminents pour attribuer à un de leurs compatriotes,

au regretté Tilbury Fox, l'honneur d'avoir donné la première conception précise de la dermatite herpétiforme sous le nom d'hydroa herpetiformis. Il en est résulté quelques paroles assez vives adressées aux auteurs qui ont écrit après lui sur cette affection : on leur a reproché d'avoir omis de le citer. Nous espérons que le professeur Duhring protestera pour ce qui le concerne. Quant à nous, nous n'acceptons pas les reproches de nos collègues anglais. Ils ont omis (est-ce avec intention, ou parce qu'ils n'ont pas lu notre mémoire?) de dire que le travail de Tilbury Fox sur l'hydroa est analysé dans notre monographie de la dermatite herpétiforme de Duhring (Paris, 1888, p. 28) avec cette mention :

« Cette conception de Tilbury Fox, qui est beaucoup plus acceptable « qu'elle ne le paraît au premier abord, a été reprise plus récemment par « Radcliffe Crocker »... Nous avons même cité cette conclusion de ce dernier auteur : « Il existe un groupe de maladies distinctes du pemphi- « gus, de l'herpès, de l'érythème exsudatif, bien qu'elles présentent quel- « ques points communs avec chacune de ces affections ; la dénomination « d'hydroa herpétiforme lui convient, et elle a l'avantage d'avoir été « proposée par Tilbury Fox bien avant les recherches de Duhring » (p. 29).

On voit donc que nous n'avons nullement cherché à déprécier les mérites de l'auteur anglais. Mais faut-il aller plus loin? Faut-il vraiment lui attribuer l'honneur d'avoir le premier bien compris et isolé les dermatites polymorphes douloureuses? Nous n'hésitons pas à répondre que non.

Nous venons de reprendre la plume à la main la lecture de son article. Certes, il est extrêmement remarquable ; mais il ne renferme nullement la véritable conception des dermatites polymorphes douloureuses ; il ne renferme même pas celle de la dermatite herpétiforme de Duhring. Tilbury Fox divise l'hydroa en trois grandes variétés : 1° *Son hydroa simplex* que j'ai observé assez souvent comme lui chez les jeunes filles, et qui n'est très probablement qu'une variété neurotique d'éruption vésiculeuse qu'on pourrait rattacher aux eczémas nerveux; il y a fait rentrer également des cas que nous avons décrits récemment dans une clinique sur l'acné excoriée des jeunes filles; peut-être aussi y a-t-il rangé des urticaires. 2° *Son hydroa herpétiforme* qui est caractérisé par des éruptions vésiculeuses groupées à la manière des vésicules de l'herpès sur une base plus ou moins érythémateuse ou urticarienne, par un prurit intense, par de la tendance assez marquée, mais pas constante, aux récidives et à la chronicité ; il y rattache l'herpès généralisé fébrile des Français ; 3° *Son hydroa pruriginosum* qui correspond, comme il le dit lui-même, au pemphigus à petites bulles des auteurs, à l'hydroa bulleux

de Bazin, au pemphigus pruriginosus de Willan et de Bateman. Chacun de ces groupes a d'étroites affinités avec le précédent ou avec le suivant : il y a entre eux de nombreux faits de passage, constatation que nous ne saurions trop approuver. Le dernier type a, d'autre part, beaucoup d'affinités avec le pemphigus. Il rapproche l'herpès gestationis de son hydroa pruriginosum seu bullosum.

Telle est en quelques mots la conception de l'auteur anglais ; il est donc erroné de dire que son hydroa herpétiforme correspond à la dermatite herpétiforme de Duhring ; il serait plus juste de dire que ses deux dernières variétés d'hydroa correspondent à cette affection, et encore que de restrictions y aurait-il à faire à propos des formes aiguës qu'il admet dans sa deuxième variété, et que Duhring a maintenant de la tendance à rejeter de son cadre, à propos de l'hydroa vacciniforme de Bazin qu'il croit être une variété d'hydroa bulleux, etc. !

En réalité, Tilbury Fox s'est surtout inspiré dans son article, des travaux de Bazin, mais il ne les a pas suffisamment étudiés et compris. S'il l'avait fait, il aurait vu, comme aurait dû le voir Duhring, comme auraient dû le proclamer les médecins anglais dont nous analysons les communications, que c'est au grand dermatologiste français qu'il faut véritablement rapporter l'honneur d'avoir donné, sous les noms d'hydroa bulleux et de pemphigus arthritique, la première description précise de ce que Duhring a appelé plus tard la dermatite herpétiforme (voir pour plus de détails notre travail déjà cité, p. 41 et suivantes).

Aussi protestons-nous contre les reproches amers que le Dr Colcott Fox (fort excusable d'ailleurs, car on doit lui tenir compte de sa piété fraternelle), a adressés à notre maître, M. le Dr E. Besnier. Comme l'a excellemment proclamé le chef actuel de l'école française, c'est bien la vigoureuse intervention de Duhring qui a provoqué le mouvement scientifique récent sur cette question; ceci soit dit sans diminuer en rien le mérite réel des deux Fox et de Radcliffe Crocker, qui eux aussi ont été des pionniers de la première heure.

b) Bien qu'il nous soit pénible d'aborder une question personnelle, nous ne pouvons passer sous silence la briève remarque du Dr Allan Jamieson dans son historique : « Brocq dans sa monographie « n'ajouta pas beaucoup à nos connaissances. » Nous n'insisterons pas sur ce point fort délicat à traiter pour nous; nous nous contenterons de renvoyer le lecteur à notre travail : s'il a le courage de le lire, il verra que c'est bien réellement la première étude sérieuse et complète, du moins pour l'époque, qui ait été faite sur cette question; il y verra que la conception de Duhring a été rectifiée sur plusieurs points, précisée et complétée au point de vue des symptômes, singulièrement élargie, puisque nous avons décrit deux nouvelles formes de l'affection, les formes subaiguës et aiguës dont Duhring

n'avait jamais parlé, et qu'il n'admet pas à l'heure actuelle. Nous nous arrêtons; au chapitre II on comprendra mieux encore, du moins nous l'espérons, toute la sévérité de l'appréciation précédente.

2° Types morbides que l'on doit rattacher à la dermatite herpétiforme.

Les cinq types morbides à propos desquels on a discuté pour savoir s'il est vraiment légitime de les rattacher à la dermatite herpétiforme sont les suivants :

a) L'hydroa vacciniforme; *b*) l'herpès gestationis ; *c*) l'impétigo herpétiforme ; *d*) la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique de M. le Dr Hallopeau ; *e*) nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës et subaiguës.

a) *Hydroa vacciniforme.* — Nous serons bref à propos de l'hydroa vacciniforme qu'Allan Jamieson, après Tilbury Fox, a eu le tort de rattacher à la dermatite herpétiforme. En effet, la plupart des dermatologistes anglais qui ont pris part à la discussion, en particulier Radcliffe Crocker, Colcott Fox, et Stephen Mackenzie, ont nettement déclaré que cette assimilation n'était pas acceptable. Il suffit d'avoir observé un seul cas d'hydroa vacciniforme pour être convaincu de l'impossibilité absolue qu'il y a à rattacher l'hydroa vacciniforme au type morbide que nous étudions : c'est bien une forme clinique à part.

b) *Herpès gestationis.* — Nous sommes heureux de voir qu'il n'y a pas eu dans cette discussion une seule voix discordante au sujet de l'herpès gestationis Tous ceux qui ont pris la parole pensent que cette maladie doit être rattachée à la dermatite herpétiforme. C'est d'ailleurs l'opinion de Duhring; c'est celle que nous avons toujours soutenue, puisque nous avons donné à cette affection le nom de dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse.

c) *Impétigo herpétiforme.* — La question de l'impétigo herpétiforme est beaucoup plus difficile à résoudre. Allan Jamieson dit nettement qu'il n'y a aucune raison valable pour séparer l'impétigo herpétiforme de la dermatite herpétiforme ; il ajoute que leur réunion en un seul et même groupe morbide simplifie singulièrement les idées sur ce point. Colcott Fox émet au contraire des réserves. Radcliffe Crocker a depuis longtemps déclaré que, pour lui, ces deux affections sont distinctes (1).

On sait qu'à la suite de notre mémoire de 1888 dans lequel nous avions cru pouvoir affirmer que l'impétigo herpétiforme de Hebra-Kaposi ne pouvait rentrer dans la dermatite herpétiforme telle que nous la concevions, Duhring avait modifié sa première manière de voir, et avait

(1) Hydroa. *The British med. Journal*, 22 mai 1886, p. 966.

adopté notre opinion. Depuis quelques années, incité par quelques-uns de ses élèves qui, plus royalistes que le roi (comme l'a dit Dubreuilh), s'en tenaient exclusivement à la première conception du maître, il a au contraire de nouveau une tendance marquée à faire rentrer l'impétigo herpétiforme de l'école de Vienne dans sa dermatite herpétiforme. Il n'ose pas cependant adopter encore franchement cette opinion dans son dernier ouvrage (*loc. cit.*), et il se borne à y dire que l'impétigo herpétiforme n'est pas bien nettement différencié de sa dermatite herpétiforme, mais qu'il est néanmoins encore préférable au point de vue clinique d'en faire deux maladies distinctes, quoiqu'il soit convaincu qu'il y a des faits de passage entre ces deux types.

Il est certain que si l'on admet que l'herpétiformité (voir chapitre II) est le symptôme majeur de la dermatite herpétiforme ; si, d'autre part, la forme pustuleuse de la dermatite herpétiforme peut exister pure et d'emblée, si le prurit ne doit pas être considéré comme un des symptômes les plus importants de cette dernière affection, s'il est enfin prouvé que la description première donnée par l'école de Vienne de l'impétigo herpétiforme doit être modifiée, si le pronostic en est peu grave, s'il n'a plus d'étroites relations avec la grossesse, ou avec des troubles utérins analogues, ou avec des maladies du péritoine, si tout cela est démontré ou admis, nous ne voyons pas pourquoi on ne ferait pas de l'impétigo herpétiforme une forme pustuleuse d'emblée de la dermatite herpétiforme. Mais on est encore loin d'avoir rempli tout le programme précédent.

Qu'on comprenne bien notre pensée : nous ne rejetons pas d'une manière systématique l'extension du cadre de la dermatite herpétiforme jusqu'à l'impétigo herpétiforme, nous en concevons fort bien la possibilité ; mais dans l'état actuel de cette question, il nous semble que l'impétigo herpétiforme de Hebra-Kaposi présente des caractères à lui assez nets et assez tranchés pour devoir encore être décrit à part. Voici ce que nous disions à cet égard en 1880, p. 19 de notre mémoire :

« Les seuls caractères communs que présentent ces deux affections, « c'est que dans certains cas de dermatite polymorphe prurigineuse chro- « nique on observe des éléments éruptifs constitués d'abord par une pus- « tule, puis par une croûte centrale autour de laquelle se forme une cou- « ronne de petites pustules à extension périphérique ; or c'est là l'élément « éruptif caractéristique de l'impétigo herpétiforme. De plus, dans l'im- « pétigo herpétiforme on peut observer des plaques érythémateuses, de l'urti- « caire, du prurit, tout comme dans la dermatite polymorphe prurigineuse « chronique. Cela peut-il suffire pour établir que ces deux affections soient « identiques ? D'un côté, dans la dermatite polymorphe prurigineuse chro- « nique, il s'agit d'une dermatose essentiellement polymorphe, caracté- « risée par des poussées successives qui sont loin d'être exclusivement « pustuleuses » (elles ne le sont pour ainsi dire jamais en France), « même

« dans les variétés dites pustuleuses de la maladie » (qui ont été décrites en Amérique), « par un prurit des plus intenses, par une fort longue « durée, par la conservation du bon état général... Dans l'autre, dans « l'impétigo herpétiforme, il s'agit d'une affection caractérisée d'emblée, « et pendant toute sa durée, par des pustules groupées, à extension pro « gressive, par la coexistence constante de la grossesse, de la puerpéra- « lité, ou d'une péritonite purulente, par une marche aiguë ou subaiguë, « enfin par un état général des plus graves, puisque la mort est la « règle. »

Ajoutons que les phénomènes douloureux n'ont que peu ou point d'importance dans l'impétigo herpétiforme typique ; il y a des observations dans lesquelles le prurit n'est même pas signalé, comme l'a noté Dubreuilh, dans sa monographie de l'impétigo herpétiforme (*Annales de dermatologie*, p. 353, 1892).

Le même auteur fait remarquer que l'avortement et l'accouchement prématuré sont tout à fait exceptionnels dans la dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse, tandis qu'ils sont la règle dans l'impétigo herpétiforme :

« Lors même que l'éruption est pustuleuse dans la première de ces « affections, elle a toujours plus de tendance à la dissémination que dans « l'impétigo herpétiforme ; elle ne forme pas ces bandes criblées de pus- « tules égales et serrées, ni d'une façon aussi règulière ces cercles à « extension centrifuge : on voit plus souvent des éléments éruptifs isolés « soit sur la peau saine, soit surtout dans l'aire des cercles déjà existants. « En somme, l'éruption polymorphe, le prurit et la conservation de la « santé générale sont les traits caractéristiques de l'herpès gestationis, « tandis que l'impétigo herpétiforme est au contraire caractérisé par une « éruption rarement prurigineuse, toujours semblable à elle-même, formée « de pustules miliaires très drues, groupées en amas ou en cercles, affec- « tant de préférence la région génito-crurale et les seins, par un état « général grave marqué par des frissons, de la fièvre et une extrême « prostration, enfin par sa terminaison habituelle qui est la mort. » (Dubreuilh, *loc. cit.*, p. 49.)

Voilà la question nettement posée. Nous n'avons pas la prétention de la résoudre, car nous n'avons jamais observé pour notre part de cas d'impétigo herpétiforme. Nous nous bornerons à répéter en terminant que les travaux des auteurs allemands, que le mémoire de Dubreuilh, étant venus depuis 1888 confirmer les conclusions que nous avions cru devoir poser dans notre travail, nous ne trouvons pas dans les arguments formulés jusqu'ici contre notre opinion des raisons suffisantes pour changer d'avis.

Certes, il semble qu'il y ait des cas relativement assez nombreux dans lesquels il est difficile, sinon impossible de se prononcer d'une manière précise, et de dire s'il s'agit oui ou non d'une dermatite herpé-

tiforme ou d'un impétigo herpétiforme : ces faits paraissent, comme l'a dit Duhring, être des faits de passage entre ces deux types morbides. Mais nous nous sommes à plusieurs reprises déjà, dans nos travaux, expliqué sur la réelle valeur de ces faits de passage, et sur leur véritable signification. C'est pour en montrer la place dans le cadre nosologique que nous avons conçu notre représentation graphique des types morbides dermatologiques. L'existence de faits de passage entre deux groupes nettement différenciés si l'on envisage les cas typiques, ne signifie nullement que ces deux groupes doivent être confondus et réunis sous une même étiquette; de même que l'existence du mulet ne signifie pas que le cheval et que l'âne ne constituent qu'une seule espèce zoologique. Nous renvoyons, pour plus de détails sur ces considérations d'ordre général, à nos nombreuses publications antérieures.

d) *Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique de M. le Dr H. Hallopeau.* — Nous n'examinerons pas ici la question encore un peu obscure de la nouvelle affection décrite par notre excellent maître et ami M. le Dr Hallopeau, car les travaux de cet auteur ont tous paru dans ce recueil.

Une de ses observations a troublé quelque peu les esprits, car il s'agissait dans ce cas d'une poussée pustuleuse herpétiforme chez un sujet atteint d'une dermatite herpétiforme type que nous avions auparavant observée pendant de longs mois; mais d'autres documents de la plus haute valeur sont venus affirmer, semble-t-il, l'existence de ce nouveau type morbide. Il reste cependant à en préciser les relations exactes avec l'impétigo herpétiforme, le pemphigus végétant, et la dermatite herpétiforme. Il ne nous paraît pas que les faits publiés jusqu'ici soient suffisamment nombreux pour pouvoir établir d'une manière sûre ces diagnostics différentiels.

e) *Dermatites polymorphes douloureuses aiguës et subaiguës.*— Notre conception de formes aiguës et subaiguës de dermatites polymorphes douloureuses n'a pas eu le moindre succès auprès des dermatologistes anglais : il serait puéril de nous le dissimuler. Allan Jamieson se borne à déclarer que « Brocq a hasardé l'opinion qu'il « peut y avoir une forme aiguë, mais qu'Unna a répondu que tandis « que chaque poussée isolée peut avoir une évolution aiguë, la maladie « en elle-même, dans son ensemble, est chronique ».

Personne, parmi ceux qui ont pris la parole, n'a protesté contre cette exécution sommaire. C'est la mort sans phrases : mais point sans appel, ajouterons-nous.

Dans leur si remarquable étude sur la dermatite herpétiforme (*loc cit.*), Ittmann et Ledermann ont repris cette question des dermatites polymorphes aiguës, et ont déclaré qu'ils pensent qu'une seule et unique attaque, à évolution d'allures cliniquement identique à celle de la dermatose de Duhring, suffit à caractériser le tableau

morbide tout entier. Le décours typique de l'attaque isolée met dans les cas de ce genre à l'abri d'une confusion avec les exanthèmes médicamenteux, ce qu'Unna craignait. Ils croient donc qu'il y a lieu de décrire une forme aiguë de la maladie de Duhring dont ils publient un cas, qu'il y a également lieu de décrire une forme subaiguë. Ils se demandent pourquoi, après avoir formulé cette conception des 3 variétés au point de vue évolutif des dermatites polymorphes douloureuses, aiguë, subaiguë, chronique à poussées successives, nous l'avons abandonnée dans nos publications ultérieures.

Nous ferons tout d'abord remarquer que *jamais* nous n'avons abandonné cette conception qui complète à notre sens la maladie décrite par Duhring, ainsi que nous le démontrerons plus loin d'une manière encore plus évidente en exposant notre conception générale de ces affections. *Toujours*, depuis notre mémoire de 1888 jusqu'à aujourd'hui, nous avons maintenu notre division au point de vue évolutif des dermatites polymorphes douloureuses en : 1° aiguës, 2° subaiguës, 3° chroniques à poussées successives, 4° de la grossesse. Ce qui a pu induire en erreur les dermatologistes dont nous parlons, c'est que dans notre ouvrage didactique sur le traitement des maladies de la peau nous ne l'avons pas mise en relief ; car il nous a semblé que dans un livre destiné à la grande masse des praticiens, nous n'avions pas le droit, avant que d'autres dermatologistes n'aient adopté et soutenu nos idées, de les exposer comme étant l'expression même de la vérité du moment, telle qu'elle est établie et reconnue par la majorité des auteurs.

Cette conception des dermatites polymorphes douloureuses aiguës doit-elle être conservée ? Faut-il simplement, comme le veut M. le Dr Tommasoli dans son beau travail sur le pemphigus et les pemphigoïdes (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1895) dire que ce sont des variétés pruriginеuses de l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux ? On n'a qu'à relire avec quelque attention notre monographie de 1888, pages 30, 31, 32, 33, pages 118-122, pour voir avec quelle prudence et quelle réserve nous nous expliquions à cette époque sur ce sujet.

« Ces faits sont caractérisés : 1° Par des phénomènes éruptifs polymor-
« phes consistant en : a. *Éléments primitifs*, plaques érythémateuses plus
« ou moins nettement figurées, papules, vésicules, papulo-vésicules, bulles
« disséminées ou groupées de diverses manières, parfois même pustules ;
« b. *Éléments secondaires*, excoriations, croûtes, macules brûnâtres ; 2° Par
« un prurit ou par des sensations de cuisson intenses précédant souvent
« les poussées éruptives ; 3° Par une évolution rapide de quelques semaines
« à quelques jours de durée : assez souvent ils ont une tendance marquée
« à récidiver. En somme, ils présentent les mêmes phénomènes éruptifs et
« les mêmes troubles fonctionnels, mais fort atténués, que la dermatite

« polymorphe douloureuse chronique et que l'herpès gestationis. Ils peuvent « avoir, comme cette dernière affection, une certaine tendance à récidiver, « et l'on ne peut oublier que la dermatite polymorphe douloureuse chro- « nique débute parfois par des poussées aiguës séparées par des inter- « valles de repos. L'étiologie et la durée des symptômes les distinguent de « l'herpès gestationis ; l'intensité et la durée des poussées éruptives les « distinguent de la dermatite polymorphe douloureuse chronique.

« Ils semblent constituer une sorte de dermatite polymorphe doulou- « reuse de faible intensité, aiguë et de courte durée. On pourrait, jusqu'à « plus ample informé, les grouper sous le nom provisoire de dermatites « polymorphes douloureuses aiguës, mot qui a pour avantage de désigner « les caractères majeurs du syndrome sans rien préjuger de la nature réelle « des faits.

« Mais les rapports réels qu'ils ont avec la dermatite polymorphe dou- « loureuse chronique deviennent encore bien plus évidents quand on ne se « contente pas de la vue d'ensemble que nous venons de donner de ces « faits et qu'on les étudie un à un, dans tous leurs détails. On s'aperçoit « alors qu'ils forment une chaîne continue reliant sans la moindre inter- « ruption la dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées « successives dans tout ce qu'elle a de plus typique aux cas à évolution « rapide dont nous venons de donner un aperçu..... » (*Loc. cit.*, p. 30 et 31.)

Et cependant nous n'avançons dans cette voie du démembrement de l'érythème polymorphe, démembrement que nous considérons comme nécessaire (p. 31), qu'avec la plus extrême circonspection.

« Il est bien difficile de préciser, dans la plupart des faits déjà publiés, « l'importance et la valeur des phénomènes douloureux de prurit et de « cuisson éprouvés par le malade. Certains cas dans lesquels ces symptô- « mes subjectifs sont à peine marqués doivent-ils être, oui ou non, admis « dans notre groupe? Et dans l'une ou l'autre hypothèse, où est la limite « qui les sépare des autres faits à éruptions polymorphes vésiculo-bulleu- « ses ? L'intégrité du bon état général doit-elle être admise comme abso- « lue ? N'y a-t-il pas des cas à éruption purement érythémateuse et pruri- « gineuse qui doivent y être rangés ? et certes à cette dernière question « nous répondrons par l'affirmative, car nous connaissons des faits de der- « matite polymorphe douloureuse chronique qui débutent par des poussées « de prurit seul ou accompagné de quelques éléments érythémateux, sans « soulèvement épidermique vésiculeux, bulleux ou pustuleux.

« D'autre part, et c'est là la critique même de la conception de la derma- « tite herpétiforme de Duhring, est-on autorisé à dire que ces faits cons- « tituent la variété aiguë de l'entité morbide dont notre dermatite poly- « morphe douloureuse chronique à poussées successives serait la forme « chronique ? Nous n'hésitons pas à répondre que, dans l'état actuel de la « science, il est impossible de l'affirmer.

« Tout ces points demandent des recherches nouvelles pour être élucidés. « Il est probable qu'ils ne seront complètement résolus que lorsque l'on « connaîtra l'étiologie et la nature réelle des affections en litige. En tous

« cas, j'estime que l'on doit désormais reprendre l'étude de toutes ces obser-
« vations, en analysant de beaucoup plus près les divers symptômes, les
« commémoratifs, les antécédents personnels et héréditaires, en s'efforçant
« par la chimie biologique, par les examens histologiques et microbiolo-
« giques, de pénétrer les secrets de leur pathogénie. Loin d'être faite,
« l'histoire des érythèmes polymorphes n'est guère qu'ébauchée.

« Tout ce qui précède doit faire comprendre que nous ne saurions
« décrire un type morbide répondant au syndrome dermatite polymorphe
« douloureuse aiguë. Nous voulons seulement attirer l'attention sur ces
« faits et en commencer l'étude » (p. 32 et 33).

Nous avons décrit cependant (et c'est là, nous le reconnaissons, une inconséquence, inconséquence en partie justifiée par notre extrême prudence et par notre défiance de nous-même), nous avons décrit, disons-nous, ces dermatites polymorphes douloureuses aiguës dans la troisième partie de notre monographie (p. 102 et suiv.) :

« Nous avons établi que ces faits sont très voisins comme symptômes
« objectifs et subjectifs des poussées dont l'ensemble constitue la der-
« matite polymorphe douloureuse chronique; et, sans émettre d'opinion
« ferme sur leur nature réelle, sur la place qu'ils doivent occuper dans le
« cadre nosologique, nous avons dit qu'il nous paraissait nécessaire d'en
« reprendre l'étude, de ne plus les confondre, comme on l'a fait jusqu'ici,
« avec les autres érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux, et d'en former
« un groupe à part, assez mal défini d'ailleurs.... qui constitue une
« chaîne non interrompue qui relie la variété bénigne de la dermatite
« polymorphe douloureuse à poussées successives et l'herpès gestationis
« d'une part, aux éruptions polymorphes prurigineuses à l'évolution la
« plus rapide et à l'érythème polymorphe vulgaire d'autre part. » (p. 102-103.)

Nous ne voulons pas imposer une lecture fastidieuse de notre travail de 1888, nous demandons cependant la permission de reproduire un court résumé des subdivisions que l'analyse minutieuse des faits cliniques nous a permis d'établir dans ce groupe.

Nous avons distingué : I. *Des éruptions nonr écidivantes ;* II. *Des éruptions récidivantes.*

I. — *Les éruptions non récidivantes comprennent trois groupes secondaires :*

1° Des faits évoluant en 15 ou 30 jours par petites poussées secondaires successives, différant parfois d'aspect les unes des autres ; ils pourraient être considérés comme formant un type vraiment digne du nom de *dermatite polymorphe douloureuse aiguë.*

2° Des éruptions aiguës à évolution courte, herpétiques d'aspect, c'est-à-dire uniquement constituées par des vésicules ou des vésico-pustules disséminées, ou groupées en circinations, ou irrégulièrement développées sur une base rouge, prurigineuses, et qui seraient,

au point de vue objectif, vraiment dignes du nom de *dermatite herpétiforme.*

3° Des éruptions non récidivantes, d'assez longue durée et d'assez forte intensité, *servant de trait d'union entre les dermatites polymorphes douloureuses aiguës non récidivantes et les dermatites polymorphes douloureuses subaiguës.*

II. — *Les éruptions récidivantes comprennent également trois groupes secondaires :*

1° Des éruptions polymorphes douloureuses aiguës qui récidivent périodiquement tous les ans vers la même époque.

2° Des éruptions polymorphes douloureuses aiguës qui récidivent sans date fixe.

« 3° Des éruptions polymorphes douloureuses aiguës récidivantes qui « constituent des faits de passage entre les dermatites polymorphes dou- « loureuses aiguës et les dermatites polymorphes douloureuses subaiguës « à poussées successives ; ces faits sont de deux ordres : *a*) Dans les uns, « les poussées éruptives n'ont pas une très longue durée, mais elles réci- « divent avec une telle ténacité et avec des intervalles de repos si courts « ou si irréguliers que ces faits ont une ressemblance frappante avec les « dermatites polymorphes douloureuses chroniques dans lesquelles le « processus éruptif n'est pas très intense et est constitué par des pous- « sées principales d'assez courte durée séparées par des intervalles d'ac- « calmie presque complets ; *b*) Dans les autres, les poussées éruptives sont « beaucoup plus longues ; elles ont de un à deux mois et plus de durée. » (*Loc. cit.*, p. 105-106.)

Reprenant encore plus loin (p. 118 et suiv.) la discussion de ces faits, nous nous exprimons en ces termes :

« L'érythème polymorphe tel qu'il existe à l'heure actuelle... nous paraît « fort bien compris quant aux phénomènes cutanés, mais fort mal cons- « titué, au contraire, au point de vue entité morbide vraie. Nous croyons « que c'est un syndrome... dans lequel on devra décrire des types clini- « ques réels, ou tout au moins des variétés distinctes. Si l'on conserve sa « conception actuelle, si l'on veut rigoureusement y faire rentrer tous les « faits caractérisés objectivement par de l'érythème, puis par des « vésicules, des bulles, etc..., en un mot par des phénomènes érythéma- « teux sur lesquels viennent se greffer d'autres accidents éruptifs, cons- « tituant dans leur ensemble une éruption polymorphe, ce ne sont pas « seulement nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës qu'il « faut y faire rentrer, c'est notre dermatite polymorphe douloureuse « chronique, c'est l'herpès gestationis, toute la dermatite herpétiforme de « Duhring. Et alors nous dirons que ce n'est plus là qu'une querelle de « mots, car nous décrirons dans l'érythème polymorphe, vaste syndrome « presque dépourvu de signification, des types cliniques spéciaux, ceux « que nous étudions dans ce mémoire.

« La vérité, c'est que nous dégageons et mettons en relief tout un groupe « de faits caractérisés par une éruption polymorphe d'aspect, érythéma- « teuse, vésiculeuse, bulleuse et pustuleuse, par des phénomènes subjec- « tifs constants de démangeaison, de cuisson, de brûlure, par une conser- « vation du bon état général ; or, nous ne voyons pas que ces caractères « soient toujours ceux de l'érythème polymorphe tel qu'il a été primitive- « ment décrit par Hebra. »

Certes nous aurions pu en rester là : mais nous avons tenu à discuter immédiatement deux objections qui nous venaient à l'esprit (voir p. 119 et suiv.).

1re *objection.* — « Pourquoi n'avons-nous pas nettement établi un type « clinique répondant au syndrome dermatite polymorphe douloureuse « aiguë ?...

« Il nous faut bien reconnaître qu'en dehors des phénomènes douloureux « qu'elles présentent et du polymorphisme des poussées éruptives succes- « sives qui les constituent, ces éruptions sont identiques à d'autres « dermatoses que nous laissons encore confondues dans le groupe de « l'érythème polymorphe, et que caractérisent des éruptions semblables, « une évolution analogue, une obscurité étiologique tout aussi grande. Les « phénomènes douloureux suffisent-ils à eux seuls à établir une distinction « marquée entre ces deux groupes de faits ? Telle est la question.

« Certes, si l'on considère leur importance dans la dermatite polymor- « phe douloureuse chronique et dans la plupart des faits de passage qui « relient ce type aux affections aiguës que nous étudions, on est tenté de « répondre par l'affirmative.... il paraît alors tout naturel de décrire à part « toutes ces éruptions, et d'en faire un vaste groupe qui semble au pre- « mier abord bien défini par le syndrome précédent et dans lequel on « distingue des variétés suivant l'évolution et l'étiologie. La conception des « dermatites polymorphes douloureuses ainsi divisées en chroniques, « subaiguës, aiguës, récidivantes de la grossesse, est vraiment séduisante, « et présente un tel caractère de netteté et de simplicité qu'elle s'impose « au premier abord. »

« Malheureusement, quand on passe à l'examen minutieux des faits, on « ne tarde pas à voir qu'il y a beaucoup de cas dans lesquels les symp- « tômes prurigineux sont peu accentués, ou même manquent pendant une « partie de l'évolution de la maladie, soit au début, soit à la fin. Que faire « de ces éruptions qui établissent les liens les plus étroits entre les derma- « tites polymorphes douloureuses aiguës et les érythèmes polymorphes « vulgaires non prurigineux ? Bien que notre conviction soit faite à propos « de ces observations de passage qui ne sauraient, d'après nous, en « aucune façon, prouver la similitude des deux types morbides entre les- « quels elles constituent des traits d'union, elles ne laissent pas que de nous « troubler et de nous conduire à douter fortement de la valeur du prurit « comme symptôme caractéristique permettant d'établir des divisions « tranchées dans les éruptions polymorphes aiguës. Il est rare d'ailleurs, « nous devons le reconnaître, que les phénomènes douloureux atteignent,

« dans les dermatites polymorphes aiguës, l'intensité qu'ils ont toujours « dans les dermatites polymorphes chroniques ou de la grossesse.

« C'est pour ces motifs, fort délicats et fort discutables d'ailleurs, que « nous préférons ne pas établir de type clinique aigu, et attendre les « résultats des recherches ultérieures. »

2[me] *objection.* — « Mais alors pourquoi cette ébauche d'étude des derma- « tites polymorphes douloureuses aiguës, puisque nous ne savons rien de « précis sur elles ?

« D'abord et avant tout, parce que nous avons entrepris l'étude d'en- « semble et la revision de la dermatite herpétiforme de Duhring ; or, le « dermatologiste américain a fait rentrer dans son groupe les cas aigus « que nous discutons (1) : nous étions donc obligés ou bien d'accepter sa « conception, ou bien de faire purement et simplement de ces cas des « érythèmes polymorphes vulgaires (et nous avons exposé dans notre pre- « mière partie (p. 30. 31) pourquoi ces deux solutions nous paraissent « inacceptables), ou bien de les étudier à part en faisant ressortir les liens « étroits qui les unissent d'une part aux dermatites polymorphes doulou- « reuses, d'autre part aux autres éruptions confondues dans l'érythème « polymorphe.

« Quoi qu'il arrive, nous aurons prouvé qu'entre les dermatites poly- « morphes douloureuses chroniques (type morbide bien établi), et les « dermatites polymorphes douloureuses aiguës (variétés de l'érythème « polymorphe), il existe une gamme complète de faits de transition, et « nous aurons mis en relief les réelles analogies qui existent entre cer- « taines éruptions aiguës (jusqu'ici confondues par la plupart des auteurs « dans l'érythème polymorphe vulgaire) et les dermatites polymorphes « douloureuses chroniques. Par leurs phénomènes éruptifs, par leurs « troubles fonctionnels, elles leur sont presque identiques, mais leur évo- « lution, toute différente, les en distingue. Reste à savoir s'il faut réelle- « ment faire un type morbide de ces dermatites polymorphes douloureuses « aiguës : c'est ce que nous apprendront les travaux ultérieurs. »

Tels sont les termes exacts dans lesquels nous avions posé la question en 1888, et depuis lors, à notre grand regret, sauf les mémoires que nous avons déjà cités de Ittmann et Ledermann, et de Tommasoli, personne ne s'en est occupé. Elle est cependant d'assez grande importance, et mérite mieux que la phrase un peu dédaigneuse de Jamieson.

Si nous essayons de faire nous-même, après dix ans de réflexions, la critique de nos propres travaux, nous dirons qu'il nous semble que nous avons été beaucoup trop hésitant, et que nous avons manqué de décision. A l'heure actuelle, si nous avions à refaire notre

(1) Duhring, dans sa conception générale de la dermatite herpétiforme, fait en effet rentrer ces cas aigus dans son cadre ; mais dans la description de l'affection il passe complètement sous silence les formes aiguës, et il regarde la chronicité comme l'un des caractères majeurs de son type morbide. Il y a là une inconséquence flagrante et qu'il faut signaler.

mémoire, nous supprimerions toutes les incertitudes qu'il renferme.

Nous ferons tout d'abord une fort importante réserve, c'est que dans l'appréciation de la nature et de la valeur exacte de tous ces faits aigus, il faut tenir compte *des éruptions médicamenteuses*. Il est certain qu'il y a un grand nombre de substances pharmaceutiques qui peuvent provoquer chez des sujets prédisposés des éruptions analogues à celles dont nous parlons, mais, en somme, comme nous le dirons dans la IIIe partie de ce travail, la valeur de cette réserve est en réalité fort mitigée par nos idées actuelles sur la véritable pathogénie de ces dermatoses.

Cela posé, nous déclarons nettement que nous ne comprenons pas pourquoi on hésiterait à admettre une forme aiguë et une forme subaiguë de dermatite polymorphe douloureuse, alors qu'il en existe une forme chronique. Ce n'est pas parce qu'il y a des faits de passage établissant des transitions insensibles entre ces formes aiguës et les érythèmes polymorphes vulgaires que l'on doit les faire rentrer dans ces érythèmes polymorphes : nous nous sommes déjà longuement expliqué sur ce point ; et aujourd'hui, après nos études sur divers types morbides complexes, sur les faits de passage, et sur la méthode graphique en dermatologie, nous sommes beaucoup plus formel sur ce point qu'en 1888 (1).

En déclarant simplement que notre groupe des dermatites polymorphes douloureuses aiguës, dont nous venons d'esquisser la silhouette, n'est que la variété prurigineuse de l'érythème polymorphe, quelle clarté répand-on sur ce syndrome ? Si au contraire on établit, comme nous l'avons fait, qu'il y a dans le caput mortuum qu'est l'érythème polymorphe, un certain nombre de cas qui offrent tous les grands caractères de la dermatite herpétiforme, sauf son évolution chronique, n'est-il pas logique de les rattacher à cette affection, et d'en faire la forme aiguë de ce type morbide ?

Car enfin pour quel motif déclare-t-on que cette dermatose ne peut jamais avoir qu'une évolution chronique caractérisée par des poussées successives ? De quel droit décrète-t-on cette chronicité forcée, alors que l'observation clinique démontre qu'il existe des faits en tout semblables aux faits chroniques, mais qui n'en diffèrent que par leur courte durée ? N'est-ce pas commettre la pétition de principes la plus complète que de déclarer que ces faits aigus ne peuvent pas être rattachés à cette affection, parce que cette affection est toujours chronique ?

Pour ma part, je ne puis m'empêcher de protester contre de pareilles opinions, contre ceux qui veulent que pour porter un diagnostic de dermatite herpétiforme, on soit obligé d'attendre que la maladie dure

(1) Voir et lire avec attention notre mémoire sur la méthode graphique en dermatologie. *Annales de dermatologie*, p. 1157, 1893.

plusieurs mois, ou qu'elle ait des poussées successives, ou même des récidives, car, d'après eux, si elle ne dure pas longtemps, si elle n'a pas de poussées successives, ce n'est pas une dermatite herpétiforme. Cela passe ma raison. Si l'affection a une évolution rapide, dites que c'est une forme aiguë ; si elle a une évolution relativement assez courte, de plusieurs mois, dites que c'est une forme subaiguë ; si elle a une évolution prolongée, dites que c'est une forme chronique à poussées successives ; mais n'hésitez pas à porter un diagnostic quand l'ensemble des symptômes objectifs et subjectifs existent chez un malade.

Pour préciser encore davantage, prenons l'herpès gestationis. Quand une femme enceinte a une première atteinte de cette affection, cette atteinte débute d'ordinaire vers la fin de la grossesse : elle peut durer à peine de un à deux mois. Si cette femme ne devient plus enceinte, elle peut fort bien ne plus avoir de poussées nouvelles. Si au contraire elle a d'autres grossesses, elle aura d'autres attaques éruptives, et de plus en plus longues et de plus en plus intenses. Prenons la première alternative : Quel nom devra-t-on donner à la première et unique poussée ? Malgré sa courte durée, malgré l'absence de récidives, en fera-t-on un herpès gestationis ? Mais c'est alors le type même de la dermatite herpétiforme aiguë, c'est-à-dire de nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës, et ce fait seul démontre l'existence de ce groupe de la manière la plus irréfutable.

Dira-t-on, en s'appuyant sur la singulière théorie que nous combattons, que ce n'est pas un herpès gestationis parce qu'il n'y a pas eu d'autres poussées ? Mais s'il n'y en a pas eu d'autres, c'est uniquement parce que la femme n'a pas eu d'autres grossesses : si elle était redevenue enceinte, elle aurait eu très probablement, pour ne pas dire sûrement, de nouvelles éruptions. Qui ne voit le peu de solidité d'un pareil raisonnement?

L'histoire de l'herpès gestationis nous prouve donc de la manière la plus péremptoire que les conditions génératrices des phénomènes éruptifs et subjectifs caractéristiques de la dermatite herpétiforme peuvent être passagères, et ne donner lieu qu'à des poussées de courte durée.

Nous n'insistons pas plus longuement et nous déclarons de la manière la plus formelle que pour tous les motifs que nous venons d'énumérer, nous admettons à côté de nos dermatites polymorphes douloureuses chroniques, deux groupes de dermatites polymorphes douloureuses subaiguës et aiguës.

3° Valeur respective des symptômes décrits.

a) *Le prurit.* — D'après plusieurs des dermatologistes anglais qui ont pris part à la discussion, le prurit a relativement peu d'impor-

tance dans la symptomatologie de la dermatite herpétiforme. Radcliffe Crocker dit qu'il peut être très modéré ou même manquer complètement ; Colcott Fox qu'il peut être fort léger ; Pringle qu'il peut briller par son absence dans des cas typiques.

Notre opinion actuelle est diamétralement opposée à celle de ces auteurs. Voici comment nous nous exprimions sur ce point dans notre monographie de 1888, p. 86 :

« Les phénomènes douloureux éprouvés par le malade ont, à mon sens, « une *importance capitale* dans la dermatite polymorphe douloureuse chro- « nique. *Ils sont constants ;* et je les considère comme un des quatre grands « caractères pathognomoniques de cette dermatose. »

Eh bien ! malgré la netteté avec laquelle nous proclamions à cette époque notre opinion au sujet de l'importance de ces phénomènes, nous déclarons qu'à l'heure actuelle nous en avons une idée encore plus haute. Avec notre excellent maître, M. le Dr E. Besnier, nous considérons qu'ils constituent « un élément morbide capital, vérita- « blement solennel, qui n'est pas attaché simplement à l'éruption, « mais qui peut la précéder ou lui survivre ». Ces idées, nous les avons mises en relief de la manière la plus frappante dans notre communication au congrès de Vienne en 1892 sur les dermatoses prurigineuses. Aujourd'hui, nous y insistons de nouveau et avec la dernière énergie. Nous ne saurions trop le répéter : les phénomènes douloureux dominent pour nous l'histoire des dermatoses que nous groupons sous le titre d'ailleurs fort suggestif de dermatites polymorphes douloureuses. Il constitue un symptôme primordial au même titre que le polymorphisme, avant même le polymorphisme, dirions-nous, si ce polymorphisme, comme nous allons le voir, n'intervenait pas pour fixer le type objectif suivant lequel la peau réagit chez ces sujets. Or, quand nous parlons de phénomènes douloureux, nous ne parlons pas seulement du prurit dans le sens vulgaire de ce mot, nous parlons de toutes les sensations pénibles que le malade peut ressentir, démangeaisons, cuissons, brûlures, etc..., et même de phénomènes prurigineux dont parfois, grâce à l'état de son système nerveux, il ne se rend pas très bien compte, mais dont l'existence devient évidente par les grattages inconscients auxquels il se livre. Ces derniers faits sont d'ailleurs d'une extrême rareté, et sur les limites du type morbide que nous étudions. Dans l'immense majorité des cas, l'observateur n'a pas besoin de rechercher les phénomènes douloureux ; par leur violence et par les tortures qu'ils infligent aux malades, ils priment la scène morbide. Pour nous, ils sont un des éléments nécessaires au diagnostic (1).

(1) Nous ne revenons pas, bien entendu, encore une fois sur les faits de passage

b) *Le polymorphisme.* — Le polymorphisme n'a pas été sérieusement discuté par la Société dermatologique de Londres. Ce qui semble résulter du compte rendu que nous avons analysé, c'est que, dans l'esprit des médecins anglais, le polymorphisme doit, comme importance au point de vue objectif, céder le pas à l'herpétiformité. Nous discuterons cette question au chapitre II. Nous renvoyons pour l'exposé de notre opinion sur le polymorphisme à notre monographie, pages 84 et suivantes. Mais il est bien certain que le polymorphisme à lui seul ne peut pas suffire à faire porter un diagnostic de dermatite polymorphe douloureuse, et cependant son existence dans une dermatose est nécessaire pour qu'on pose ce diagnostic, car, ainsi que nous le disions il n'y a qu'un instant, c'est ce symptôme qui fixe la variété objective de dermatose prurigineuse à laquelle on a affaire. Il ne faudrait pas néanmoins interpréter ce terme dans un sens trop étroit, et c'est là la vraie difficulté de ce côté de la question. (Voir notre communication de 1892 au Congrès de Vienne.)

Les types purs de la maladie offrent des poussées éruptives qui sont polymorphes au cours d'une même poussée, ou bien qui varient d'aspect suivant les poussées successives, c'est-à-dire qu'une poussée est érythémato-vésiculeuse, une autre bulleuse, une autre polymorphe vraie, etc... Mais, à côté de ces faits vraiment dignes du nom de dermatites polymorphes, il y en a d'autres qui peuvent n'être caractérisés que par des plaques érythémateuses avec des groupes de vésicules, que par des circinations érythémateuses, urticariennes d'aspect avec quelques vésicules, etc., et les poussées successives peuvent revêtir toujours le même aspect. Nous croyons que, malgré leur peu de polymorphisme, des éruptions semblables doivent être rangées dans nos dermatites polymorphes douloureuses; car elles sont identiques comme aspect et comme phénomènes subjectifs à des poussées de certains de nos cas les plus typiques. Certes, c'est peut-être là une voie des plus dangereuses, car on ne manquera pas, dès lors, de nous demander pour quel motif nous ne rattachons pas aussi à notre groupe des urticaires chroniques et de simples érythèmes prurigineux. Nous répondrons que les cas auxquels nous faisons allusion sont vraiment plus polymorphes d'aspect qu'une urticaire vraie ou qu'un simple érythème, qu'ils sont toujours caractérisés par la présence d'éléments vésiculeux ou bulleux si minimes qu'ils soient, et que d'ailleurs, au fond de notre pensée, tous ces faits, y compris les urticaires chroniques, sont bien voisins les uns des autres comme nature et comme pathogénie, et ne diffèrent peut-être

entre nos types aigus et les érythèmes polymorphes, faits dans lesquels le prurit peut être fort léger : nous nous sommes expliqué sur leur existence et sur leur véritable valeur.

entre eux que par la façon dont les téguments réagissent suivant les individus. (Voir notre communication de 1892 au Congrès de Vienne.)

Quoi qu'il en soit, sauf les restrictions précédentes, nous considérons le polymorphisme comme constituant le caractère objectif le plus important de nos dermatites polymorphes douloureuses.

c) *Conservation du bon état général.* — En analysant les travaux de Duhring et en établissant les caractères distinctifs de sa dermatite herpétiforme, nous avons énoncé comme quatrième et dernier grand caractère de cette affection la proposition suivante (p. 12, *loc. cit.*) : « Les malades, bien que parfois un peu affaiblis, conservent, en « somme, un bon état général. »

Toutes les fois qu'une discussion s'ouvre à une Société quelconque sur la dermatite herpétiforme, on est sûr d'entendre critiquer cette phrase. Nos collègues anglais n'y ont pas manqué. Colcott Fox a commencé ; Malcolm Morris a insisté et a déclaré que la dermatite herpétiforme était une maladie des plus sérieuses, et qu'il en avait observé quatre cas de mort, deux par épuisement à la suite de poussées prolongées, deux par arrêt subit du cœur. Pringle en a observé deux cas mortels, l'un chez une femme âgée chez laquelle la maladie avait pris les allures du pemphigus, l'autre par perforation intestinale au bout de 12 ans de souffrances. Galloway a relaté un cas de mort subite chez une vieille femme affaiblie qui avait une maladie de cœur. Ils ont été tous unanimes pour me reprocher « *ma conservation du bon état général* ».

J'ai eu beau remettre les choses au point dans ma communication du 8 décembre 1892 à la Société française de dermatologie, ma protestation est passée inaperçue. Je profite donc de la nouvelle occasion qui m'est offerte pour m'expliquer encore une fois. D'abord il est parfaitement inexact — comme certains (mais point les auteurs anglais dont nous parlons en ce moment) me l'on fait dire, — que j'aie jamais considéré la conservation du bon état général comme le caractère le plus important de la dermatite herpétiforme ; on remarquera que je l'ai classé le dernier parmi mes quatre grands caractères ; et, pour être tout à fait édifié sur l'importance réelle que nous lui avons attribuée, il faut lire pages 90, 91 et 92 de notre monographie, les chapitres « Symptômes généraux, complications, fièvre : durée et terminaisons ». On y verra que, dès 1888, nous connaissions déjà 5 cas de cette maladie terminés par la mort, soit par complication intercurrente, soit par affaiblissement graduel, diarrhée et cachexie, soit par passage à l'état de pemphigus foliacé ou mieux d'herpétide maligne exfoliative. On y trouvera également cette phrase significative :

« Il est incontestable que l'affection persiste parfois, en dépit de toute

« intervention thérapeutique, jusqu'à ce qu'une affection intercurrente « vienne emporter le malade » (p. 93).

On y verra enfin (p. 58) que nous distinguons dans nos observations un *deuxième groupe de faits dit variété grave*, MORTELLE, de dermatites polymorphes douloureuses chroniques.

Si l'on a bien voulu parcourir ces quelques lignes, on comprendra que, lorsque des auteurs viennent nous annoncer que des malades atteints de dermatite herpétiforme peuvent succomber, ils ne nous apprennent rien de nouveau, que lorsqu'ils viennent nous reprocher d'avoir fait de cette affection une maladie bénigne, ils prouvent qu'ils discutent nos travaux sans les avoir analysés.

Mais pourquoi donc alors, nous objectera-t-on, avoir fait de la conservation du bon état général un des grands caractères de la dermatite herpétiforme, puisque vous saviez que les malades qui en sont atteints peuvent avoir dans quelques cas de l'affaiblissement, de la fièvre, qu'ils peuvent même succomber ? Voici nos raisons :

Quand on a vu beaucoup de cas de dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives de la plus grande intensité comme éruption, on est frappé de ce fait que, lorsqu'il s'agit de sujets jeunes encore, ne présentant aucune lésion grave d'organe, la règle (*nous disons la règle, nous ne disons pas toujours*) est que l'état général se conserve relativement bon, et qu'en tous cas il ne s'altère pas comme il semble qu'il devrait s'altérer quand on considère l'intensité des souffrances, l'insomnie, et l'énormité des phénomènes éruptifs. Certes, nous l'affirmons de la manière la plus absolue, il y a disproportion entre ces deux ordres de symptômes, état général relativement bon d'un côté, souvent même appétit conservé d'une part, d'autre part tortures par moment intolérables, et éruptions qui arrivent à transformer en une plaie presque toute la surface cutanée.

En outre, quand on analyse avec soin les cas de mort publiés, on s'aperçoit qu'il y en a un nombre relativement fort restreint qui doive être mis réellement sur le compte de la dermatose. Fort souvent la terminaison fatale n'arrive que par suite d'une complication, ou d'une affection intercurrente, ou de la sénilité : et comment n'en serait-il par ainsi quand il s'agit d'une maladie qui peut persister pendant 15 ou 20 années et même davantage ?

Encore une fois, nous ne nions nullement et *nous n'avons jamais nié* que la dermatite polymorphe douloureuse chronique ne puisse avoir une terminaison fatale, mais nous croyons que les cas de mort relatés doivent être soumis à une critique assez sévère afin que l'on puisse déterminer d'une manière aussi précise que possible s'ils sont dus à la maladie cutanée ou à une tout autre cause, ce qui est toujours plausible dans une affection à durée aussi prolongée.

d) *Éosinophilie.* — Les auteurs des *Annales* sont au courant des beaux travaux de MM. Leredde, Perrin, Darier, etc... sur la valeur de l'éosinophilie dans la maladie de Duhring. On a vu que les médecins anglais connaissent ces recherches, qu'ils les ont vérifiées de leur côté, mais qu'ils en contestent l'importance au point de vue du diagnostic de la dermatite herpétiforme.

C'est évidemment là encore une question à l'étude. On ne peut s'empêcher cependant de remarquer que l'abondance extraordinaire des cellules éosinophiles dans le sang et dans le liquide des bulles des sujets atteints de dermatite herpétiforme, et que la constance de ce symptôme offre quelque chose de vraiment spécial. Il est permis de se demander si les cas d'érythème polymorphe et de pemphigus dans lesquels on a trouvé de l'éosinophilie ne présentaient pas de prurit, et ne pouvaient pas être rattachés à la dermatite herpétiforme telle que nous la comprenons (voir chapitre II). Ces idées trouveraient peut-être leur confirmation dans des recherches qui semblent prouver que la production des éosinophiles aurait d'étroites relations avec certains états du système nerveux ; mais nous ne devons pas nous aventurer dans ces domaines de l'hypothèse pure.

Certes on a trouvé l'éosinophilie dans beaucoup d'autres affections cutanées, telles que la syphilis secondaire, la lèpre, la leucémie, etc., tout le monde connaît ces faits : mais il ne faut pas s'en exagérer la valeur.

Pour M. le Dr Leredde, « ce qui caractérise la maladie de Duhring, « ce n'est ni l'éosinophilie, ni l'excrétion des cellules éosinophiles à « travers la peau ; *c'est la réunion de deux éléments :* Une affection « où l'on rencontre l'excès de cellules acidophiles dans le sang, et « où *toutes* les vésicules et *toutes* les bulles à contenu transparent « comprennent un très grand nombre de ces cellules, est une maladie « de Duhring ». Cet auteur n'hésite pas à considérer comme étant des maladies de Duhring à forme aiguë les cas d'érythème polymorphe dans lesquels il a constaté ces particularités (1). Telle est la manière dont doit être posée la question de l'éosinophilie dans les dermatites polymorphes douloureuses. La discussion de la Société de dermatologie de Londres n'a malheureusement pas beaucoup fait avancer ce point si important de l'étude de ces maladies.

4° **Traitement.**

Rien de plus dissemblable que les idées des auteurs anglais au point de vue du traitement. On peut cependant les diviser en deux camps : 1° ceux qui croient à l'efficacité de l'arsenic ; 2° ceux qui sont

(1) Nous n'insistons pas sur l'importance de cet argument au point de vue de la légitimité de notre conception des dermatites polymorphes douloureuses aiguës.

convaincus de l'absolue inutilité, et même des effets nuisibles de ce médicament. Ces deux opinions si contradictoires sont soutenues par des hommes d'égale valeur, et notre embarras pour conclure est extrême.

Dans des affections aussi rebelles, sujettes à des récidives et à des rechutes, dont la pathogénie échappe encore à toute analyse, ces questions de thérapeutique sont pour ainsi dire insolubles. Quand on a administré une drogue quelconque dans des cas semblables, on est toujours tenté de lui attribuer soit une poussée nouvelle si elle se produit, soit une accalmie si elle survient.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il nous a paru que parfois l'arsenic administré à hautes doses prolongées, diminuait, quand il était toléré, la violence des poussées. Parfois il nous a semblé que cette substance n'avait aucun effet curatif, nous croyons même qu'elle facilite la formation de kératodermies plantaires et surtout palmaires.

Comme Tilbury Fox et comme Colcott Fox, nous avons cru (nous disons nous avons cru) obtenir dans certains cas de bons effets avec les médicaments dits toni-vasculaires dont les prototypes pour nous sont la quinine, l'ergotine, la strychnine, administrées par la bouche à doses fractionnées, ou en injections sous-cutanées.

Quant au traitement local, nous avons tout essayé sans grands résultats : nous notons que plusieurs auteurs anglais ont réussi après Duhring avec les pommades soufrées. Nous avons eu tour à tour des succès et des insuccès avec le simple cold-cream frais ; le cold-cream frais à l'iodol ou à l'aristol, à l'oxyde de zinc, la vaseline pure ou boriquée, les pommades au gaïacol, à l'ichtyol, à la résorcine faible, etc..., avec les emplâtres à l'oxyde de zinc, avec des enveloppements au liniment oléo-calcaire pur ou boriqué, ou iodolé, avec des enveloppements à peine humides faits par-dessus une quelconque des pommades précédentes.

En somme, notre impression est que nous ne savons pas encore traiter les dermatites polymorphes douloureuses. Depuis quelque temps, allant dans la voie du système nerveux, nous les soumettons à l'action de l'électricité et des médicaments toni-vasculaires.

Les grands lavages du sang que M. le D[r] Tuffier, se plaçant dans l'hypothèse actuellement admise d'une toxinémie, vient de nous proposer, au D[r] Lereboullet et à moi, réussiront-ils mieux ? L'avenir nous le dira. En tous cas il est logique de les essayer.

(A suivre.)

DE LA FRÉQUENCE DES LÉSIONS TERTIAIRES SANS ANTÉCÉDENTS CHEZ LA FEMME DANS LE MILIEU HOSPITALIER ET DE SON IMPORTANCE EN CLINIQUE ET EN PATHOLOGIE.

D'après l'étude de 100 observations.

Par **Charles Viannay**,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Ce n'est point une notion nouvelle que celle de la syphilis ignorée. Depuis longtemps on sait avec quelle facilité le chancre syphilitique passe inaperçu. Après d'autres auteurs, Ricord (1), Rollet (2) ont justement insisté sur ce point.

Dans son Traité des maladies vénériennes, le syphiligraphe lyonnais dit d'autre part : « C'est à la syphilis acquise avec symptômes primitifs passés inaperçus ou méconnus, que doivent être rattachés les cas d'accidents, héréditaires au dire des observateurs, survenus à 40 ans (Ricord) ou à 60 ans (Melchior Robert). » Ces mots « symptômes primitifs » ne s'appliquent évidemment pas rien qu'au chancre, mais désignent aussi les symptômes secondaires. Si le terme de « syphilis ignorée » n'était pas encore usité, le fait d'une syphilis évoluant à l'insu du malade était donc depuis longtemps connu.

Mais c'est incontestablement M. Fournier qui a le plus attiré l'attention du monde médical sur les faits de ce genre, c'est lui qui a proposé de les désigner sous le nom de « syphilis ignorées ».

A maintes reprises (3), le professeur de Saint-Louis a insisté sur la fréquence de ces véroles ignorées. En 1880, il inspirait sur ce sujet la thèse de Jumon (4). Lui-même récemment y revenait encore dans une leçon clinique du 3 décembre 1897. Enfin la thèse de Mlle Levin (5) est le dernier travail paru sur cette question à laquelle elle n'apporte, d'ailleurs, aucun élément nouveau. De tous ces travaux, il résulte que la syphilis ignorée — ou dissimulée, ce qui revient au même — est fréquente, plus fréquente à l'hôpital qu'en ville, plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

(1) RICORD. *Leçons sur le chancre.*

(2) ROLLET. *Traité des maladies vénériennes*, 1865, p. 973.

(3) Voir FOURNIER. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., p. 754. — *Syphilis et mariage*, p. 182. — *Ataxie locomotrice*, p. 364.

(4) JUMON. *Étude sur les syphilis ignorées.* Thèse Paris, 1880.

(5) Mlle LEVIN. *La syphilis ignorée.* Thèse Paris, 1897-1898.

S'il en est ainsi, c'est chez la femme et à l'hôpital que les antécédents doivent faire le plus souvent défaut dans l'histoire étiologique des lésions tertiaires ; car toute syphilis restée ignorée à l'époque des symptômes primitifs, devient plus tard, si des lésions tertiaires surviennent, une « syphilis tertiaire sans antécédents ».

Effectivement, les syphilis tertiaires sans antécédents sont très communes et nous avons été frappé de leur fréquence pendant un semestre d'internat passé aux Chazeaux dans le service de M. Cordier. Aussi avons-nous suivi avec empressement le conseil que nous donnait notre maître d'utiliser les nombreux matériaux dont nous disposions dans son service pour entreprendre sur ce sujet plein d'intérêt, quelques recherches personnelles.

Déterminer par une statistique la fréquence exacte des lésions tertiaires sans antécédents, chez la femme dans le milieu hospitalier ; puis, ce point établi, examiner les conséquences qui en découlent au double point de vue pratique et théorique : tel est l'objet de ce travail.

Nous avons réuni à cet effet cent observations de lésions tertiaires, en ne prenant que des cas absolument typiques, ayant tous subi le contrôle du traitement spécifique.

Ces observations, parmi lesquelles se rencontrent des lésions très variées, se décomposent ainsi :

A) *Lésions cutanées :* 76 cas comprenant :

Gommes intra ou sous-cutanées, uniques ou multiples, en groupe ou disséminées, à toutes les phases de leur évolution (depuis le simple tubercule jusqu'à la cicatrice accompagnée de lésions plus jeunes, en passant par l'ulcération et la croûte) : 71 cas.

Syphilides palmaires ou plantaires : 5 cas.

B) *Lésions des muqueuses :* 19 cas, siégeant :

Au voile du palais (ulcérations, perforations, destruction totale)	6 fois.
A la langue	2 —
A l'anus et aux *organes génitaux* (vulve, vagin (1), col)	11 —

C) *Lésions osseuses :* 12 cas, siégeant :

Sur les os du crâne	4 fois.
— os du nez	2 —
— tibias	6 —

(A signaler en outre 2 cas de *prétabes* coexistant avec d'autre lésions tertiaires.)

(1) Parmi nos observations, figurent 5 cas d'ulcérations vaginales tertiaires observés dans le service de M. Cordier, que nous avons publiés tout au long dans le *Lyon médical* (15 mai 1898).

Ces observations ont toutes été recueillies aux Chazeaux, dans le service de M. Cordier, soit sur les malades hospitalisées, soit sur celles traitées à la consultation externe.

Nous avons cherché, en nous livrant à une étude détaillée de ces 100 cas, à résoudre les questions suivantes :

1° Étant donnés 100 cas d'accidents tertiaires typiques, chez la femme, dans le milieu hospitalier, combien de fois sur ces 100 cas trouve-t-on, par l'interrogatoire, des antécédents spécifiques?

2° Lorsqu'on en trouve, quels sont-ils ? Quels sont, en d'autres termes, parmi les symptômes de la syphilis, ceux qui ont le plus de valeur pour établir le diagnostic rétrospectif de cette maladie?

Ces questions résolues, nous ferons ressortir les conséquences qui découlent de la grande fréquence des syphilis tertiaires sans antécédents, d'abord au point de vue du diagnostic et du traitement de ces lésions tertiaires elles-mêmes, ensuite, au point de vue de la pathogénie de certaines affections dont on discutait naguère ou dont on discute encore l'origine syphilitique, à savoir : l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, les anévrysmes dits spontanés.

II

La recherche des « symptômes primitifs » (chancre et accidents secondaires) chez nos cent malades, nous a donné les résultats suivants. Chez trente-deux d'entre elles seulement nous avons trouvé des antécédents spécifiques nets. Chez seize autres, nous n'avons relevé aucun symptôme syphilitique antérieur proprement dit, mais nous avons noté des fausses couches, des enfants morts, sans cause dans la première enfance, toutes circonstances qui, chez des malades ne présentant pas comme les nôtres d'accidents tertiaires typiques, apporteraient cependant de sérieuses probabilités en faveur de la syphilis. Quarante-quatre de nos malades ont un passé en apparence absolument vierge de tout antécédent spécifique : on ne trouve rien dans leur interrogatoire qui rappelle de près ou de loin la syphilis. Enfin, dans 9 cas, on note à une certaine période de l'existence de la malade, de la céphalée, parfois un peu de chute des cheveux, d'autres fois une fausse couche isolée, un enfant mort en bas âge, mais en somme, absolument rien de caractéristique.

Donc, sur 100 observations de syphilis tertiaire, chez la femme, 32 fois seulement nous avons trouvé des antécédents absolument certains : les femmes atteintes de lésions tertiaires ignorent donc ou dissimulent leurs antécédents dans une proportion de 68 p. 100.

Dans une série de 36 cas de gommes du voile du palais observés par M. Fournier (1), les antécédents faisaient défaut dans une proportion de 56 p. 100, ou plutôt 57 p. 100, si nous éliminons de cette statistique,

(1) *Ataxie locomotrice*, p. 364.

afin de la rendre comparable à la nôtre, tous les cas appartenant à des hommes. Ce chiffre, bien qu'inférieur au nôtre, s'en rapproche considérablement.

Dans la thèse de Jumon nous trouvons une autre statistique portant sur 148 cas de syphilis tertiaire chez la femme, observés pendant une période de 5 années à l'hôpital Saint-Louis, c'est-à-dire dans un milieu analogue à celui dans lequel nous avons entrepris nos recherches.

Or, sur ces 148 cas, on a trouvé des antécédents dans 75 cas, soit 48 p. 100. C'est là le chiffre exact auquel nous arriverions si nous ajoutions à nos observations avec antécédents certains, celles avec antécédents probables. Ce chiffre peut être considéré comme exprimant la proportion maxima des cas de syphilis tertiaire féminine dans lesquels on retrouve les antécédents.

Au total, nous dirons que chez les femmes de la classe hospitalière atteintes de lésions tertiaires, l'interrogatoire est absolument négatif dans plus de la moitié des cas (52 p. 100) et que l'on ne trouve d'antécédents certains que dans un tiers des cas à peine (32 p. 100).

Mais quand il existe des antécédents, quels sont-ils? Dans la grande majorité des cas, ce sont des symptômes secondaires : sur nos 32 observations avec antécédents certains l'accident primitif n'est noté que 2 fois, soit avec une fréquence de 6,25 p. 100. Ce n'est pas à dire que le chancre n'ait pas existé plus souvent, mais il a passé inaperçu ou son souvenir s'est effacé de la mémoire des malades. Qu'est-ce en effet que le chancre? Un « bouton » complètement indolore, une insignifiante « écorchure » qui se dissimule aisément dans les mille replis des organes génitaux de la femme, ou dont l'importance s'efface aux yeux de la malade lorsqu'apparaît le cortège des accidents secondaires. En fait d'antécédents, on doit donc s'attendre à ne rencontrer à peu près que des symptômes secondaires.

Mais, parmi ces derniers, quels sont ceux dont les malades ont conservé un souvenir plus durable? Si nous consultons nos observations, nous trouvons par ordre de fréquence les symptômes suivants :

Les plaques muqueuses sont notées 12 fois ; elles siégeaient : seulement à la vulve 3 fois , dans la bouche ou le pharynx, 5 fois ; 4 fois enfin elles étaient simultanément vulvaires et bucco-pharyngées. Dans 6 cas, les plaques muqueuses sont le seul antécédent spécifique accusé par la malade.

La roséole est mentionnée 12 fois, et 3 fois on ne retrouve pas d'autre symptôme dans le passé de la malade. Ensuite nous avons noté la céphalée, 8 fois ; l'alopécie, 4 fois ; la chute des ongles, 2 fois ; des douleurs dans les membres et des points de côté, 4 fois ; 2 fois enfin une iritis. Dans aucune de nos observations il n'est fait mention des pléiades ganglionnaires ; c'est là, en effet, un symptôme purement objectif auquel les malades ne font pas grande attention, dont par conséquent elles ne conservent aucun souvenir.

Les plaques muqueuses et la roséole sont donc les deux symptômes que l'on retrouve le plus souvent dans l'interrogatoire des femmes syphilitiques. En seconde ligne, vient la céphalée. Cette dernière est, avec les douleurs dans les membres et les points de côté, un symptôme qui, de par sa nature, reste gravé dans la mémoire des malades. Mais il est loin d'avoir la même valeur rétrospective que les deux premiers. Les phénomènes douloureux de la période secondaire sont en effet bien moins personnels à la syphilis, bien moins spécifiques en quelque sorte, que les plaques muqueuses et la roséole. Très nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer de la céphalée, des douleurs dans les membres, des points de côté. Il n'est pas de femme dans l'interrogatoire de laquelle on ne retrouve l'un de ces symptômes ou tous les trois ; or, on n'oserait sur ces seuls indices, déclarer une femme syphilitique. Ces phénomènes n'acquièrent une réelle valeur que lorsqu'ils s'ajoutent à d'autres plus caractéristiques, tels que la roséole ou les plaques muqueuses.

Ces réflexions s'appliquent aussi à l'alopécie. Une chute de cheveux isolée, dans le passé d'une femme, n'a pas grande signification. Mais, lorsque cette alopécie a coïncidé avec une éruption généralisée, avec des plaques muqueuses, des céphalées persistantes, lorsqu'elle est survenue après quelques mois de mariage, ou qu'elle a été suivie d'une fausse couche, elle acquiert une grande valeur diagnostique en complétant la série des symptômes secondaires.

Quant aux lésions unguéales et à l'iritis, on les rencontre assez rarement parmi les antécédents spécifiques. Ce sont, du reste, des symptômes qui n'existent presque jamais seuls, car ils témoignent ordinairement d'une atteinte profonde de l'organisme par le virus syphilitique : or les véroles graves ne restent pas ignorées.

Il est encore un point sur lequel une enquête minutieuse s'impose chez toute femme atteinte d'une lésion que l'on soupçonne être tertiaire : nous voulons parler des grossesses et de la mortalité fœtale et infantile qui les a suivies. On sait en effet quelle action néfaste la syphilis exerce sur le produit de la conception ; combien elle provoque d'avortements, d'accouchements prématurés ; combien elle tue d'enfants hérédo-syphilitiques qui meurent à plus ou moins brève échéance après leur naissance, soit avec des symptômes spécifiques multiples suffisants à eux seuls pour expliquer la mort, soit après avoir présenté des accidents convulsifs, soit encore subitement sans cause apparente et sans accidents spécifiques actuels.

On peut en juger par ce que nous montre le relevé de nos observations. Sur les 32 malades dont les antécédents sont nets, 8 ont eu ensemble 8 fausses couches et 6 enfants sont morts. C'est là une proportion infime, mais notons que parmi ces 32 malades, 18, c'est-à-dire plus de la moitié, n'ont jamais été enceintes.

Au contraire, parmi nos 16 syphilitiques tertiaires avec antécé-

dents probables, qui toutes ont eu plusieurs grossesses, il n'en est pas une qui ne figure au chapitre de la mortalité fœtale et infantile. Douze d'entre elles ont eu ensemble un total de 19 fausses couches et 11 enfants morts dans la première année ; les 4 autres n'ont jamais avorté, mais ont eu à elles quatre, 17 enfants morts dans les mois qui ont suivi la naissance.

Or ces 16 malades sont justement celles dont le passé semble pur de tout antécédent spécifique proprement dit, et chez qui nous avons considéré la syphilis comme très probable, précisément à cause de leurs avortements répétés et de leurs nombreux enfants morts. Ce fait ne tend-il pas à prouver que certaines syphilis, bénignes quant à leurs accidents initiaux et restant facilement ignorées en raison de cette bénignité même, ont une tendance plus marquée que les autres à troubler les fonctions de reproduction chez la femme ? Il semble que dans ces cas, le virus syphilitique concentre toute sa puissance pathogène sur le produit des grossesses. Peut-être est-ce par ce que ce virus a été introduit dans l'organisme maternel par l'intermédiaire d'un embryon, parce que nous avons affaire dans ces cas à des syphilis par conception latentes, à ce que Diday appelait des « syphilis imperceptibles » (1).

Quoi qu'il en soit, la présence d'avortements, d'accouchements prématurés, d'enfants morts en bas âge, dans le passé conceptionnel d'une femme, doit toujours faire songer à la vérole.

En résumé, voici comment on conduira l'interrogatoire d'une femme afin de savoir si elle a eu ou non la syphilis. Inutile ou à peu près de lui parler de son chancre, car on n'obtiendra le plus souvent que des réponses négatives. On interrogera principalement la malade sur les symptômes de la période secondaire. On lui demandera si elle se rappelle avoir eu au cours de sa vie génitale des « boutons à la vulve », du « mal dans la bouche », un « mal de gorge » ayant duré plusieurs semaines (2) ; si, vers la même époque, elle n'a pas remarqué sur elle une éruption généralisée au tronc, aux membres, à la face, au cuir chevelu ; si elle a eu des « maux de tête », des « douleurs rhumatismales », des « maux d'yeux », si elle a perdu ses cheveux, ses ongles, etc., etc. On questionnera ensuite la malade sur ses grossesses, sur la façon dont elles se sont terminées, sur le sort des enfants qui en sont issus.

Indépendamment de ces renseignements principaux, essentiels en

(1) Diday avait écrit sur les « syphilis imperceptibles » un mémoire qu'il lut, il y a trente et quelques années, devant la Société de médecine de Lyon, mais qui ne fut jamais publié. Il n'en reste actuellement qu'un court extrait reproduit en note par l'auteur dans son mémoire sur la syphilis par conception. *Annales de Dermatologie*, 1876.

(2) Voir Jourdanet. *De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge.* Thèse de Lyon, 1897-1898.

quelque sorte, on cherchera à en obtenir d'autres moins importants, mais qui, dans certains cas, seront de nature à fortifier la conviction du médecin et lui donneront, dans d'autres, la certitude morale sinon la preuve matérielle de l'existence de la syphilis chez la femme qu'il interroge. Nous voulons parler de certains renseignements concernant les différentes péripéties de la vie génitale de la malade : du nombre, de la condition, de l'âge, de la profession de ses amants ; de sa profession à elle-même qui peut avoir parfois une grande importance : ainsi toute femme qui s'est livrée à la prostitution pendant un an peut presque à coup sûr être considérée comme syphilitique, même en l'absence de tout antécédent. Cette règle n'est pourtant pas absolue et comporte notamment quelques réserves pour certaines irrégulières d'un niveau plus relevé que le choix et la stabilité plus grande de leurs relations met, jusqu'à un certain point, à l'abri de la vérole.

L'interrogatoire d'une femme mariée diffère peu de celui d'une femme libre, mais on doit rechercher avec un soin minutieux les moindres incidents pathologiques de la première année du mariage et insister sur les grossesses et les fausses couches. On notera l'âge de chaque grossesse au moment de sa terminaison, l'état du fœtus ou de l'enfant au moment de l'expulsion, sa destinée ultérieure. On recueillera en outre tous les renseignements que la malade pourra donner sur les antécédents, la santé actuelle, la profession de son mari et si l'on peut, on interrogera le mari lui-même. On cherchera s'il n'y a pu avoir apport accidentel de la syphilis dans le ménage par un nourrisson étranger, par exemple, ou de toute autre manière. En un mot, on s'ingéniera à ne laisser dans l'ombre aucun détail, car tous peuvent avoir leur importance.

III

Mais en entreprenant cet interrogatoire, quoi que l'on fasse il faut s'attendre à aboutir dans plus de la moitié des cas (52 p. 100) à un résultat absolument négatif et à ne recueillir d'autres fois (16 p. 100) que des probabilités en faveur de la syphilis. On ne trouve en effet, avons-nous dit plus haut, des antécédents certains, absolument positifs, que dans 32 p. 100, soit un tiers des cas à peine.

Est-ce à dire qu'une enquête négative devra faire rejeter le diagnostic de syphilis ? Bien loin de là. Si la présence certaine de la vérole dans le passé d'une femme atteinte d'une lésion que l'on a des raisons de considérer comme tertiaire, corrobore le diagnostic clinique, l'absence d'antécédents ne saurait en aucune façon l'infirmer. On ne doit jamais hésiter, en présence d'une lésion dont la spécificité est formellement attestée par ses attributs cliniques, d'abord à « diagnostiquer la syphilis quand même », ensuite à prescrire le traitement spécifique.

Ce traitement doit être prescrit d'ailleurs, même quand le diagnostic n'est pas absolument ferme.

On n'a en effet rien à redouter ni de l'iodure ni du mercure, car ces médicaments sont utiles même en dehors de la syphilis, notamment pour le traitement des lésions tuberculeuses.

Nous avons vu dans le service de M. Cordier des lupus de la face de forme tuberculeuse, considérablement améliorés par quelques injections massives de calomel dans la fesse. Des résultats analogues ont d'ailleurs été obtenus par d'autres auteurs (1).

Quant à l'iodure, M. Augagneur a signalé récemment à la Société de chirurgie de Lyon (2), l'action résolutive qu'il exerce sur les ulcérations tuberculeuses, au point que la valeur du traitement d'épreuve comme moyen de diagnostic de ces ulcérations s'en trouve amoindrie.

Il faut donc toujours administrer un traitement iodo-mercuriel, même en l'absence de tout antécédent spécifique, lorsqu'en face d'une ulcération, quelle soit-elle, on n'ose se prononcer entre tuberculose et syphilis. En adoptant systématiquement cette ligne de conduite, on ne risquera pas de voir progresser et s'étendre des lésions tertiaires qui ne demandent qu'à être enrayées par un traitement opportun.

Or, puisque les antécédents syphilitiques font le plus souvent défaut chez la femme dans le milieu hospitalier, c'est là surtout que s'applique le précepte de l'administration systématique du traitement d'épreuve. Et cela non seulement pour les lésions tuberculeuses douteuses, mais encore d'une façon très générale, pour toutes les lésions (en faisant quelques réserves pour les lésions cancéreuses), aussi bien viscérales que tégumentaires, devant lesquelles on conserve la moindre arrière-pensée de syphilis.

IV

Cette conséquence pratique n'est pas la seule qui découle de la notion bien acquise de l'extraordinaire fréquence des syphilis tertiaires, sans antécédents, chez la femme, dans le milieu hospitalier.

Cette notion est encore d'une importance capitale, quand il s'agit de savoir si une maladie dérive ou non de la syphilis. En effet, on ne doit pas s'attendre à trouver des antécédents spécifiques chez les malades atteints d'une affection d'origine syphilitique, plus souvent que chez ceux qui présentent des accidents tertiaires proprement dits.

(1) Voir à ce sujet ASSELBERG. Action des injections de calomel sur le lupus. *Presse méd. belge*, 1897, et *Ann. de Dermat.*, 1897, p. 1202 ; et TRUFFI. La cura del lupus colle iniezioni di calomelano. *Gaz. med. lombarda*, 1897.

(2) *Bulletin de la Soc. de chirurgie de Lyon*, 1897, et *Province médicale*, 1897, p. 484.

Puis donc que chez les femmes tertiaires de la classe hospitalière, on ne retrouve les antécédents spécifiques que dans 48 p. 100 des cas, *toute affection observée chez la femme dans le milieu hospitalier, dans l'étiologie de laquelle la vérole se rencontre 48 fois sur 100, est d'origine syphilitique*. Peu importe que cette affection n'offre pas les caractères anatomo-pathologiques des lésions syphilitiques, et que le traitement soit sans influence sur elle. Ne peut-on concevoir qu'un processus primitivement syphilitique engendre des lésions secondaires sans attributs spécifiques, soit dans les cordons postérieurs de la moelle, soit dans l'écorce cérébrale, soit dans une tunique artérielle ? Le salicylate de soude a-t-il jamais guéri une vieille insuffisance mitrale ? ou le sulfate de quinine une cirrhose paludéenne ?

Pour résoudre la question de l'origine d'une maladie, quelle soit-elle, il suffit donc de déterminer combien de malades, sur cent atteints de cette affection, sont d'anciens syphilitiques. Si ce nombre n'est pas inférieur à celui des tertiaires chez lesquels on trouve des antécédents spécifiques, la maladie en question est d'origine syphilitique.

Partant de ce principe, nous avons pensé qu'il y aurait un certain intérêt à mettre en regard de notre statistique sur 100 cas de syphilis tertiaire, d'autres statistiques se rapportant au tabes, à la paralysie générale et aux anévrysmes spontanés chez la femme. Un tel rapprochement nous a paru de nature à jeter quelque lumière sur la pathogénie de ces trois affections.

Occupons-nous d'abord de l'*ataxie locomotrice*.

Le tabes a été jusqu'ici peu étudié chez la femme. Aussi, n'ayant trouvé aucun travail sur le tabes féminin, avons-nous fait appel à MM. les professeurs Teissier, Lépine et Bondet, qui nous ont autorisé à consulter leurs observations avec une bienveillance dont nous ne saurions trop les remercier. Mais, parmi le nombre assez considérable d'observations que nous avons eues entre les mains, il nous a fallu en laisser de côté beaucoup, qui ne disaient rien des antécédents spécifiques de la malade, ou dont le laconisme sur ce point important d'étiologie, indiquait clairement un interrogatoire insuffisant. En définitive, nous n'avons conservé que 14 observations. Sur ce nombre, 6 fois la syphilis est certaine, 5 fois il n'y en a pas trace, 3 fois elle est douteuse.

Dans cette statistique, la syphilis est donc certaine chez les femmes tabétiques, 6 fois sur 14, soit dans 42,8 p. 100 des cas ; elle est douteuse dans un peu plus d'un tiers des cas.

Or, parmi nos 100 cas de syphilis tertiaire, il n'existe des antécédents certains que dans 32 p. 100 des cas. Nous avons donc trouvé des antécédents spécifiques plus souvent chez les femmes ataxiques que chez les tertiaires.

Dans un récent mémoire sur le tabes chez la femme, paru alors

que le nôtre était achevé, Kron (1) donne des chiffres encore plus élevés sur la fréquence de la syphilis chez les femmes tabétiques.

D'après cet auteur, Erb sur 19 cas de tabes, chez la femme, a trouvé 9 fois la syphilis certaine et 8 fois probable. Mœbius a rencontré la syphilis chez 86 p. 100 des femmes tabétiques. Enfin Kron, sur 41 observations personnelles, a trouvé la vérole dans 56 p. 100 des cas. Aussi admet-il d'une façon générale que la syphilis est certaine dans les deux tiers des cas chez les femmes tabétiques.

Les conclusions de cet auteur viennent donc à l'appui de la doctrine de l'origine syphilitique du tabes.

Mais alors nous nous trouvons en face d'un fait paradoxal : comment expliquer que les antécédents spécifiques se rencontrent plus fréquemment chez les femmes tabétiques que chez les femmes atteintes de lésions tertiaires? Il semblerait, d'après ces chiffres, que le tabes fût plus syphilitique que les accidents tertiaires eux-mêmes. Cette apparente contradiction prouve simplement une chose, c'est que le tabes succède aux syphilis graves dès le début, qui ne passent pas inaperçues, tandis que les lésions tertiaires des téguments et des muqueuses qui entrent pour la plus grande part dans la composition de notre statistique, sont l'apanage des véroles bénignes, de celles qui restent facilement ignorées et ne sont soumises à aucun traitement.

Jullien (2), dans un travail déjà ancien, basé sur un grand nombre d'observations de toute provenance, était arrivé à des conclusions tout à fait similaires. Il avait noté déjà l'extrême rareté des accidents nerveux dans le cours des syphilis naturelles, restées vierges de tout traitement et allait presque jusqu'à dire : « Les lésions tertiaires du système nerveux sont l'apanage à peu près exclusif du traitement hydrargyrique. » Cette opinion, évidemment exagérée, contient une part de vérité qui vient à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure : à savoir que les accidents nerveux et en particulier le tabes et la paralysie générale succèdent aux syphilis graves, qui ont attiré rapidement l'attention et ont été soumises au traitement hydrargyrique, tandis que les véroles bénignes qui sont aussi les véroles ignorées et par conséquent non traitées, engendrent de préférence des accidents tertiaires cutanés et muqueux.

Ce que nous venons de dire du tabes s'applique aussi à la *paralysie générale.*

Nous n'essaierons pas de retracer toutes les discussions engagées depuis Esmarck et Jessen au sujet de l'origine syphilitique de cette affection. On trouvera la question traitée à fond, avec l'exposé des différentes phases qu'elle a traversées et les indications bibliogra-

(1) KRON. *Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilk.*, 1898.

(2) JULLIEN *Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire.* Paris 1874.

phiques des innombrables travaux qu'elle a suscités, dans les articles de Regis (1), Toulouse (2), Morel-Lavallée (3), dans les thèses de Bonnet (4), Anglade (5), Dengler (6), ainsi que dans le livre de M. Fournier sur les affections parasyphilitiques.

Nous voulons seulement, reprenant notre raisonnement de tout à l'heure, placer en regard du chiffre de notre statistique sur 100 cas de syphilis tertiaire, les chiffres de quelques statistiques faites dans le but d'établir la fréquence de la syphilis chez les femmes atteintes de paralysie générale.

Nous trouvons une première statistique dans la thèse d'Anglade. Sur 37 femmes paralytiques générales, des asiles de Bordeaux, cet auteur en a trouvé 30 certainement syphilitiques, soit 81 p. 100. Sur 39 femmes paralytiques générales observées par Cullerre (7), 18, soit 46 p. 100 étaient d'anciennes prostituées, c'est-à-dire, pouvons-nous ajouter, des syphilitipues. En nous en tenant à ces deux statistiques nous nous trouvons en face de chiffres assez différents sur la fréquence de la syphilis chez les femmes paralytiques générales : Anglade, 81 p. 100 ; Cullerre, 46 p. 100. Mais quel que soit celui des deux que nous admettions, la comparaison avec notre statistique sur 100 cas de lésions tertiaires, nous conduit également à la démonstration de l'origine syphilitique de la paralysie générale. Si nous adoptons le chiffre de 46 p. 100, il s'approche suffisamment de celui de 48 p. 100, pour que l'écart puisse être considéré comme négligeable : la démence paralytique ayant des antécédents spécifiques aussi souvent que les lésions tertiaires elles-mêmes, est donc d'origine syphilitique. Si nous prenons au contraire la proportion de 81 p. 100, la démonstration devient surabondante. Mais nous nous trouvons alors en face du même fait paradoxal que tout à l'heure pour le tabes : à savoir, la fréquence plus grande des antécédents spécifiques chez les femmes paralytiques générales que chez les tertiaires elles-mêmes. Cela nous prouve encore que, comme le tabes, la paralysie générale succède aux véroles graves.

Pouvons-nous en dire autant des *anévrysmes spontanés?* La question n'est point aisée à résoudre. Cependant, la théorie de l'origine syphilitique des anévrysmes ne date pas d'hier. C'est en effet en 1875 que Welch fit à la Royal Medical and Chirurgical Society de Londres son importante communication sur 34 cas d'ané-

(1) Régis. Syphilis et paralysie générale. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.
(2) Toulouse. Syphilis et paralysie générale. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 801.
(3) Morel-Lavallée. Syph. et paral. génér. *Revue de médecine*, 1893.
(4) Bonnet. Thèse de Paris, 1891.
(5) Anglade. Thèse de Paris, 1891.
(6) Dengler. Thèse de Nancy, 1893.
(7) Cullerre. *Traité des maladies mentales* 1890 (cité par Dengler).

vrysmes de l'aorte. Parmi les 34 malades de Welch, 50 p. 100 étaient certainement d'anciens syphilitiques et l'on ne trouvait dans leurs antécédents aucune autre raison étiologique de leur lésion artérielle ; chez 2,9 p. 100, la syphilis existait, associée à une « excessive intempérance » ; enfin, chez 14 p. 100 de ces malades, la vérole était seulement probable. D'autre part, sur 10 autopsies de sujets *non syphilitiques*, Welch n'avait rencontré que 5 anévrysmes. Aussi, devant de pareils chiffres, concluait-il à l'influence prépondérante de la syphilis dans la pathogénie des anévrysmes. A la suite de cette communication, sir J. Paget dit avoir la conviction intime que, si l'on faisait une enquête soigneuse sur les antécédents des jeunes sujets atteints d'anévrysmes sous-claviers, iliaques, fémoraux et poplités, on trouverait une proportion de syphilitiques égale à celle que Welch signalait pour les anévrysmes de l'aorte.

Cette opinion, bien qu'appuyée sur des faits très précis, rencontra peu de faveur.

Cependant, en 1879, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Vallin ayant présenté une observation d'anévrysme de l'aorte chez un syphilitique, M. Fournier, au cours de la discussion, déclara que décidément la syphilis devait prendre rang parmi les causes pathogènes des anévrysmes. Mais cette idée fit lentement son chemin. En 1884, Verdié (1) écrivait qu'en admettant l'influence de la syphilis une fois sur cinq dans la production des anévrysmes, on se rapprochait de la vérité. M. Jaccoud (2), en 1882, put réunir 22 cas, depuis la communication de Welch, d'anévrysmes de l'aorte d'origine syphilitique; dans l'un de ces cas, on ne trouva aucun antécédent spécifique et la cause de la dilatation aortique serait restée totalement inconnue sans l'apparition fortuite d'une gomme palatine. En 1888, Malmsten, de Stockholm, trouvait une proportion de 80 p. 100 de syphilitiques chez les sujets atteints d'anévrysmes de l'aorte. En 1889, Thibierge (3), dans une revue générale sur les lésions artérielles de la syphilis, sans conclure à l'origine syphilitique des anévrysmes spontanés, reconnaissait cependant « que lorsqu'on recherche la syphilis chez les sujets atteints d'anévrysmes de l'aorte, on la trouve dans la moitié des cas environ ». Et cette proportion, ajoute-t-il, augmenterait sans doute notablement si l'enquête était toujours conduite avec un soin scrupuleux. L'ensemble des travaux cités plus haut est donc en somme très favorable à l'origine syphilitique des anévrysmes de l'aorte.

La syphilis semble encore, d'après les travaux récents, jouer un rôle important dans la pathogénie des anévrysmes des artères céré-

(1) VERDIÉ. Thèse de Paris, 1884.

(2) JACCOUD. Clinique de la Pitié, 1886, et *Semaine médicale*, 1887.

(3) THIBIERGE. Lésions artérielles de la syphilis. *Gazette des hôpitaux*, 1889.

brales. Spillmann (1), Mauriac (2) en ont collectionné et publié eux-mêmes un certain nombre d'observations.

Mais en est-il de même pour les anvérysmes des autres artères ? A priori, il n'y a pas de raison pour que les artères des membres vivent, par rapport à la vérole, sous un autre régime que l'aorte et ses ramifications encéphaliques. Mais, lorsqu'on veut se faire une opinion reposant sur des faits précis, on se trouve fort embarrassé, car les observations d'anévrysmes que l'on rencontre dans la littérature médicale sont très souvent muettes au sujet de la syphilis. Aussi est-il très difficile de dresser une statistique d'ensemble.

C'est néanmoins ce qu'Étienne (3), de Nancy, a tenté de faire dans un mémoire, qui reflète bien l'état actuel de la science sur la question des rapports des anévrysmes spontanés et de la syphilis. Dans ce mémoire, Étienne conclut que la syphilis se rencontre dans les antécédents de 70 p. 100 des individus atteints d'anévrysmes. Il fait remarquer, en outre, que les anévrysmes sont exceptionnels chez la femme qui est moins souvent que l'homme atteinte par la vérole.

Si nous ne retenons de la statistique d'Étienne, afin de la rendre comparable à la nôtre, que les cas féminins, nous obtenons un total de 32 cas d'anévrysmes chez la femme, de siège très varié. Sur ces 32 cas, la syphilis est notée 20 fois, soit avec un fréquence de 62 p. 100.

Que conclure de là, sinon que les anévrysmes spontanés chez la femme sont d'origine syphilitique ?

Or, comme les lois de la pathologie ne varient pas d'un sexe à l'autre, il faut admettre d'une façon générale que les anévrysmes spontanés sont d'origine syphilitique, si toutefois ce chiffre de 62 p. 100 est l'expression de la réalité. C'est ce que diront à l'avenir des observations prises d'une façon plus complète. Pour l'instant, nous ferons seulement remarquer, qu'ici encore, Étienne a rencontré plus souvent des antécédents spécifiques chez les femmes atteintes d'anévrysmes, que nous n'en avons trouvé chez les tertiaires des Chazeaux. Donc, les anévrysmes spontanés, au même titre que l'ataxie locomotrice et la paralysie générale, sont l'apanage des véroles graves.

En résumé, de l'étude étiologique comparative de la syphilis tertiaire d'une part et du tabes, de la paralysie générale et des anévrysmes

(1) SPILLMANN. Contrib. à l'étude des anévr. d'origine syphilitique des art. cérébrales. *Ann. de dermatologie,* novembre 1889.

(2) MAURIAC. *Arch. génér. de méd.*, juin 1889. —. Voir aussi : JOFFROY. *Arch. de méd. expériment.*, mai 1891. — DIEULAFOY. De l'artérite cérébrale syphilitique. *Gaz. hebdomad.*, 2 déc. 1892.

(3) ÉTIENNE. Des anévrysmes dans leurs rapports avec la syphilis. *Annales de dermatologie et de syphiligr.*, janvier 1897.

spontanés d'autre part, chez la femme dans le milieu hospitalier, il ressort que ces trois affections sont d'origine syphilitique.

V

Pour clore ce mémoire déjà long, nous formulerons les conclusions suivantes :

A. — Les lésions tertiaires sans antécédents sont extrêmement fréquentes chez la femme, dans le milieu hospitalier.

B. — Sur 100 femmes de la classe hospitalière présentant des lésions tertiaires typiques, *dans plus de la moitié des cas (52 p. 100)* l'interrogatoire ne révèle aucun antécédent spécifique et sans les caractères pathognomoniques de l'accident tertiaire, rien ne ferait soupçonner chez ces malades l'existence de la syphilis.

Dans les 48 autres cas, on rencontre des antécédents spécifiques indubitables (symptômes secondaires le plus souvent), 32 fois seulement ; et 16 fois on note des avortements, des accouchements prématurés, des enfants morts en bas âge, mais pas de symptômes syphilitiques proprement dits.

Il suit de là que :

1° L'absence d'antécédents spécifiques n'est point une raison suffisante pour nier chez la femme la nature syphilitique d'une lésion tertiaire de par ses caractères. Si la présence des antécédents corrobore le diagnostic de syphilis, leur absence ne saurait en aucune façon l'ébranler, car elle est un fait trop fréquent et trop banal.

2° Toute affection, quelle soit-elle, observée chez la femme et à l'hôpital, dans l'étiologie de laquelle on trouve la syphilis *48 fois sur 100, est d'origine syphilitique.*

Or, en l'état actuel de la science, les statistiques les plus autorisées établissent que la syphilis existe 48 fois sur 100 et même plus, dans les antécédents des femmes de la classe hospitalière atteintes de tabes, de paralysie générale et d'anévrysmes spontanés.

Donc, le tabes, la paralysie générale et les anévrysmes spontanés sont d'origine syphilitique.

— La théorie de l'origine syphilitique de ces affections n'exclut pas d'ailleurs l'influence d'autres causes adjuvantes ou déterminantes qui trouvent le terrain préparé d'avance par le virus syphilitique.

C. — Le tabes, la paralysie générale et les anévrysmes spontanés succèdent de préférence aux véroles graves d'emblée, qui, en raison même de leur gravité, ne sont pas restées ignorées.

Cette dernière conclusion ressort clairement de ce fait que l'on trouve des antécédents spécifiques dans le passé des femmes atteintes de tabes, de paralysie générale et d'anévrysmes spontanés, plus fréquemment que chez celles qui présentent les accidents tertiaires les plus typiques.

TUBERCULIDES NODULAIRES DES MEMBRES INFÉRIEURS

(ÉRYTHÈME INDURÉ DE BAZIN)

Par M. **Leredde**.

L'érythème induré de Bazin, dont Hutchinson a décrit la variété ulcéreuse, peut être classé dans le groupe morbide des tuberculides, c'est-à-dire des manifestations cutanées qui offrent avec la tuberculose les plus étroits rapports cliniques sans qu'on puisse rattacher les lésions à l'action directe du bacille de Koch, qu'on ne peut ni mettre en évidence dans les coupes, ni révéler par l'inoculation au cobaye. Cette affection se range ainsi, de l'avis du professeur C. Boeck, à côté du lupus érythémateux, du lichen scrofulosorum, des lésions décrites par Barthélemy sous les noms d'acnitis et de folliclis (folliculites disséminées symétriques des parties glabres de Brocq, etc.). Toutes ces lésions ont une origine commune ; on admet qu'elles sont dues à l'action des toxines tuberculeuses (Boeck, Hallopeau, Darier).

I

L'attention des lecteurs des *Annales* a été récemment appelée sur la question de l'érythème induré par un travail d'Audry, où cet auteur, avec sa compétence bien connue, a étudié les lésions histologiques des nodosités cutanées. Nous rapportons dans le travail qui suit un nouveau fait, dont M. Du Castel a bien voulu nous prier de faire l'étude; l'observation clinique met encore la tuberculose en évidence comme facteur étiologique principal ; l'observation histologique nous a révélé des altérations à certains égards différentes de celles qui ont été décrites par Audry.

Mme B..., 36 ans, ménagère.

L'affection a débuté en novembre 1897, par des douleurs violentes dans les chevilles. Des nodosités dures, peu volumineuses se sont développées au niveau des membres inférieurs, et de nouvelles apparaissent sans interruption depuis six mois.

L'apparition des nodosités est précédée par une sensation de brûlure et des démangeaisons : dès que les éléments sont perceptibles au doigt, toute sensation spontanée disparaît ; la pression un peu vive provoque encore quelque douleur.

Les éléments se présentent à l'origine sous forme de masses dures, arrondies, du volume d'un pois, situées sur les jambes, à distance du tibia ou à son niveau ; celles qui sont voisines de l'os semblent adhérer au périoste. Peu à peu elles grossissent et se révèlent à l'œil par la rougeur :

la teinte de la peau est vive et franche. Parfois la résorption spontanée se produit. Sinon la rougeur augmente et s'étale, la teinte devient violacée; la saillie se prononce et, sans douleur, elle s'ulcère à sa partie moyenne.

Au bout de huit, dix, quinze jours, il se forme une cicatrice pigmentaire; au centre on constate une dépression souvent régulière, parfaitement arrondie.

La malade a pris, peu après le début, et pendant deux mois et demi, de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes (?) par jour. Ce traitement n'a modifié en rien les lésions et elle y a renoncé.

24 mars 1898. On constate sur les deux jambes une vingtaine d'éléments à tous les degrés de leur évolution. Les uns ne se perçoivent qu'à la palpation, d'autres se révèlent par une teinte rouge ou violacée de la peau; au palper ils sont durs, résistants, élastiques.

A la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne droite, on trouve deux ulcérations voisines l'une de l'autre, peu profondes, d'un dessin irrégulier; leur bord est taillé en biseau d'un côté, profond et en forme de bourrelet d'un autre. Une de ces ulcérations est subdivisée incomplètement par une languette cutanée, et paraît formée nettement par la confluence de deux ulcérations cratériformes, chacune de la dimension d'une lentille.

Le fond est tapissé en certains points d'un tissu jaunâtre, pseudomembraneux; le reste a une couleur violacée, ne bourgeonne pas. A la pression on fait sortir *non du pus, mais du liquide séreux.*

Les ulcérations sont comprises dans un tissu *extrêmement dur* qui détermine une légère saillie de toute la région. L'induration est disposée en plateau comme celle d'un chancre syphilitique; elle est beaucoup plus étendue que les ulcérations *qui jamais ne se produisent sur la totalité de l'infiltration.* La teinte violacée de la peau déborde le tout et s'étend sans limite précise au delà de l'infiltration.

La pression des lésions ulcérées n'est pas douloureuse.

La malade a toujours eu une assez bonne santé. Elle a souffert cependant, il y a une dizaine d'années, d'une bronchite qui a duré plusieurs mois. Elle n'a eu ni hémoptysies, ni pleurésie. Pas d'amaigrissement, pas de sueurs. Elle ne tousse pas habituellement, et digère bien.

Notons qu'elle est devenue sourde au cours d'une grossesse, et qu'elle a perdu un œil à la suite d'un traumatisme.

Il y a six ans, elle a présenté un ganglion volumineux à la partie droite du cou : *ce ganglion a suppuré et a laissé une cicatrice.*

On trouve des ganglions gros et mobiles dans l'aisselle droite et de plus petits dans la gauche.

Il n'existe pas d'adénopathies importantes au niveau du cou ou des aines. Les poumons sont sains, à l'auscultation et à la percussion.

Jamais la malade n'a eu d'engelures.

Fausse couche en mars 1896, à trois mois et demi de grossesse. Trois enfants; l'un est mort du croup, un autre se porte bien; *une fillette est tuberculeuse.*

Le mari est tuberculeux.

Le diagnostic des lésions que présente cette malade offre à première vue quelques difficultés.

On devrait penser d'abord à des gommes syphilitiques des jambes, quoique rien dans les antécédents ne permette de mettre en cause la syphilis. Mais les lésions présentent quelques caractères objectifs qui s'opposent à ce diagnostic : les éléments ont à leur début une couleur franchement rouge, ils sont durs sans empâtement; l'ulcération est partielle et ne devient pas totale; elle est assez superficielle ; la sécrétion n'est pas celle d'une gomme syphilitique ; la guérison se fait spontanément, par cicatrice centrale, petite, déprimée, sans extension marginale des ulcérations.

Le traitement par l'iodure de potassium n'a pas empêché l'apparition des éléments, et leur évolution reste la même depuis que le traitement a été supprimé.

Mais la malade ayant pris de l'iodure de potassium au début de l'affection cutanée, on pouvait se demander si les lésions observées n'étaient pas dues précisément à l'intoxication iodo-potassique, s'il ne s'agissait pas d'érythème noueux développé sous son influence.

Il n'existe nulle part sur le corps d'autres lésions d'acné, d'érythème, qu'on puisse rapporter à l'emploi de l'iodure. L'érythème noueux iodique n'est pas suivi d'ulcérations en général, et les lésions iodiques ulcérées prennent un aspect végétant bien différent de celui que présentent les ulcérations de notre malade. Ajoutons que depuis deux mois Mme B... ne prend pas d'iodure; et cependant de nouveaux éléments identiques à ceux du début se sont développés et se développent encore.

Par contre, l'affection offre tous les caractères de l'érythème induré de Bazin, au moins de la variété ulcéreuse dont nous devons la connaissance à Hutchinson. Les lésions débutent par des nodosités profondes, à leur surface paraît dans la suite une teinte d'abord rouge, puis violacée de la peau : certaines entrent en régression, d'autres s'ulcèrent à leur surface, non en totalité. Ces nodosités se reproduisent sur les membres inférieurs pendant des mois et des années.

Les douleurs qui existent chez notre malade sont rares dans le type Bazin, plus communes dans le type Hutchinson (1).

II

Une biopsie fut faite, au niveau d'un élément récent de la grosseur d'un pois, saillant et rouge, mais ne présentant encore aucune trace de ramollissement, ni d'altération épidermique appréciable.

Fixation par le sublimé bichromaté. Inclusion dans la paraffine

Les lésions capitales sont des lésions profondes qui ont leur maximum dans le tissu sous-dermique et envahissent secondairement la région des glandes sudoripares et le plan dermique où elles sont

(1) MENEAU. *Érythème induré des scrofuleux*. Bordeaux, 1896.

comprises. La biopsie n'a même pu atteindre les lésions profondes dans toute leur épaisseur.

On constate, au-dessous du derme, de larges travées formées d'un tissu conjonctif dense, parsemé de nombreuses cellules. Ces travées sont irrégulièrement anastomosées; entre elles on trouve du tissu adipeux et quelques groupes de cellules grasses dans leur épaisseur.

A un fort grossissement elles comprennent d'assez nombreux vaisseaux qui *tous* sont oblitérés : leur paroi n'a pas bourgeonné, mais les cavités sont remplies par des thrombus vaguement granuleux.

Les noyaux cellulaires sont tous fragmentés, et même tombent en poussière dont les grains sont excessivement colorables par les couleurs basiques.

Le tissu conjonctif lui-même est altéré ; ses fibres sont réduites en minces lamelles, d'aspect trouble.

A l'étage immédiatement supérieur, les lésions se localisent autour des groupes glomérulaires. Les tubes glandulaires sont écartés, dissociés; dans quelques-uns on constate du sang ou des globules blancs. Les vaisseaux sanguins sont extrêmement apparents; tous sont dilatés, leur paroi est épaisse. Entre les glandes et les vaisseaux se produit une infiltration cellulaire extrêmement serrée, d'éléments lymphocytiques à noyaux très colorables; en quelques points on trouve des leucocytes polynucléaires bien nets. Il n'existe pas de mastzellen, non plus que dans les régions plus élevées.

Les lésions du derme moyen sont à peu près strictement limitées autour des vaisseaux. On ne constate pas d'endartérite, mais une endophlébite extrêmement nette. Les parois vasculaires, surtout celles des veines, sont envahies par de nombreuses cellules, et engainées par un bien plus grand nombre.

On constate une légère multiplication des cellules fixes interfasciculaires.

La région sous-papillaire est très œdématiée, toutes les fibres conjonctives sont écartées les unes des autres. Les parois vasculaires paraissent épaisses ; le tissu est parsemé de cellules très nombreuses.

L'épiderme est peu altéré; le corps de Malpighi est normal; on constate la disparition de la granuleuse et une légère hyperkératose sans parakératose.

III

Si le lecteur veut bien se reporter au travail publié par Audry dans les *Annales de dermatologie* en mars 1898, il verra que cet auteur a eu affaire à des lésions assez différentes.

Comme dans notre fait, elles offraient leur maximum au-dessous des glandes sudoripares, mais la dégénérescence était beaucoup plus avancée, beaucoup plus complète.

Nous avons au contraire étudié les lésions à un stade précoce où on peut se rendre compte de l'évolution anatomique et saisir le mécanisme des lésions ultérieures. Dans le fait d'Audry, contrairement au nôtre, les altérations du derme moyen et supérieur sont très médiocres ; il signale seulement la dilatation des vaisseaux sanguins, l'épaississement des parois artérielles avec tuméfaction de l'endothéthélium. Dans notre fait les lésions dermiques et surtout celles des vaisseaux sont beaucoup plus intenses.

IV

Les rapports de l'érythème induré avec les diverses manifestations de la scrofule, avec la tuberculose sous diverses formes ont été signalés par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. La maladie peut coexister avec d'autres tuberculides, par exemple le lupus érythémateux (Colcott Fox). C. Boeck la classe parmi les exanthèmes de la tuberculose à côté du lichen scrofulosorum, des diverses variétés de lupus érythémateux, etc.

Cliniquement l'observation que nous publions montre bien que l'érythème induré de Bazin est une tuberculide ; rappelons que notre malade a présenté une bronchite persistante, une adénopathie froide, suppurée de la région cervicale, qu'en l'absence de troubles stéthoscopiques, elle offre encore des adénopathies axillaires importantes, qu'une enfant est tuberculeuse, que le mari est tuberculeux.

Les rapports intimes de l'érythème de Bazin et de l'affection décrite par Barthélemy sous le nom d'acnitis et de folliclis, par Pollitzer sous le nom d'idrosadénite destructive et suppurative, par Tenneson (1) sous le nom de granulome innominé, n'ont pas encore été mis en relief, à notre connaissance. Ils sont cependant les plus étroits, au double point de vue macroscopique et microscopique.

Comme l'érythème induré, le granulome innominé débute par des nodosités profondes, dures, qui s'élèvent peu à peu, n'amènent un changement de coloration de la peau et une ulcération que tardivement et qui se terminent par cicatrice.

Les lésions du granulome innominé sont des lésions essentiellement vasculaires : ce sont elles qui déterminent la nécrose, le ramollissement profond des tissus ; elles paraissent être à l'origine du processus (Leredde). Il en est exactement de même, d'après ce que nous avons vu, dans l'érythème induré de Bazin. Celui-ci n'est en somme, au point de vue étiologique, clinique et anatomique, qu'une variété de l'acnitis.

(1) TENNESON, LEREDDE et MARTINET. Sur un granulome innominé. *Ann. Derm.*, 1896.

REVUE DES THÈSES DE SYPHILIGRAPHIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898.

Chancre syphilitique.

Contribution à l'étude du chancre syphilitique de l'urèthre (chancre du méat; chancre intra-uréthral), par C. BELLET, 20 juillet 1898.

A propos de 7 observations inédites de chancre uréthral, l'auteur résume les données acquises sur cette localisation du syphilome initial, localisation relativement rare, peut-être parce qu'elle passe souvent inaperçue.

Il la divise en chancre du méat et chancre intra-uréthral. Le symptôme dominant est l'écoulement, d'où la confusion possible avec une blennorrhagie; dans un cas de l'auteur, la confusion était d'autant plus justifiée que le chancre succédait à une blennorrhagie qui probablement en avait favorisé la localisation; en dehors des cas de coïncidence avec la blennorrhagie, l'examen bactériologique fournit des données très importantes pour le diagnostic, qui se base surtout sur l'explosion des accidents secondaires.

Le pronostic est grave en raison des uréthrorrhagies incoercibles, des rétrécissements consécutifs, des fistules possibles ; le traitement local doit être dirigé contre ces complications.

Évolution de la syphilis.

Les grands entr'actes de la syphilis; contribution à l'étude du tertiarisme, par E. COLLARD, 12 janvier 1898.

Le titre de cette thèse certainement très brillant, ne suffit pas à donner une idée exacte de son sujet : il est peu probable qu'un chercheur en quête d'observations de manifestations syphilitiques tertiaires très tardives pense à aller les y puiser, et cependant c'est là l'objet de ce travail sérieusement travaillé.

L'auteur a eu entre les mains les observations de syphilis tertiaire recueillies par A. Fournier et peut ainsi donner une statistique très exacte des échéances de la syphilis tertiaire.

Fixant arbitrairement à la 20e année après le chancre la limite à partir de laquelle les accidents tertiaires peuvent être dits très tardifs, l'auteur a trouvé sur 3,864 cas de syphilis tertiaire chez l'homme, 219 cas de manifestations postérieures à 20 ans et sur 387 cas de syphilis tertiaire chez la femme, 10 cas de manifestations très tardives. Ces 229 cas sont ainsi répartis : de la 20e à la 25e année 127, de la 25e à la 30e année 59, de la 30e à la 35e année 25, de la 35e à la 40e année 7, de la 40e à la 45e année 7, de la 45e année à la 50e année 2, de la 50e à la 55e année 2.

Dans ces cas, il s'agit non pas de syphilis à manifestations prolongées et répétées, mais de syphilis dont les manifestations avaient été nulles pendant de longues années, souvent nulles depuis le chancre jusqu'à l'apparition des accidents tertiaires tardifs. On a cité des cas de latence de la syphilis pendant 67 ans.

Les grands retards dans l'apparition de la syphilis sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme ; ils s'observent surtout dans les cas où les accidents secondaires ont été bénins, à peine marqués ou même n'ont pas existé; les malades qui les présentent ont pour le plus grand nombre suivi un traitement très insuffisant; aussi l'auteur fait-il de l'insuffisance du traitement une cause des longs retards dans l'apparition des manifestations tertiaires, assertion quelque peu contradictoire avec cette autre que la même insuffisance de traitement est une des causes de la gravité de la syphilis. Enfin dans la syphilis à manifestations très tardives on constate l'absence des facteurs de gravité de la syphilis (alcoolisme, âge avancé, scrofulo-tuberculose, paludisme, misère physiologique).

La réapparition des accidents est quelquefois provoquée par une cause occasionnelle, un traumatisme amenant une gomme au point contusionné, mais dans la majorité des cas elle est inexpliquée.

Les manifestations tardives ont le plus souvent pour siège la peau, le système nerveux, plus rarement le système osseux ou le tissu cellulaire; elles siègent assez fréquemment aux organes génitaux.

Les manifestations très tardives s'observent non seulement dans la syphilis contractée à l'âge adulte, mais aussi dans la syphilis acquise dans l'enfance, dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis conceptionnelle.

Le pronostic de ces accidents tardifs n'est pas plus sévère que celui des accidents syphilitiques arrivant à leur période habituelle. Cependant il faut noter que dans un certain nombre de cas la réapparition d'un accident spécifique est le signal de l'éclosion d'une foule d'autres, qui continuent à se produire si le traitement n'intervient pas.

La syphilis ignorée, par LEVIN, 29 décembre 1897.

Cette thèse, qui renferme quelques observations assez banales de syphilis ignorée, est presque exclusivement la reproduction d'extraits de leçons de Fournier et n'apporte aucune notion nouvelle.

Syphilis des appareils circulatoire, urinaire et locomoteur.

De la phlébite syphilitique, par R. HEUZARD 9 février 1898.

A l'occasion d'une observation de phlébite syphilitique tertiaire, l'auteur étudie cette localisation peu connue de la syphilis. Il distingue une forme aiguë ou plutôt subaiguë, correspondant à la période tertiaire de la syphilis et une forme chronique localisée (gomme veineuse) ou généralisée (phlébo-sclérose) répondant à la période tertiaire. Ces deux formes de phlébite occupent de préférence les veines des membres inférieurs. Leur durée moyenne est de 2 mois.

La néphrite syphilitique secondaire, par E. THEILLE, 20 juillet 1898.

L'auteur rapporte 2 observations inédites de néphrite syphilitique tertiaire, dont une chez un homme de 54 ans, alcoolique syphilitique depuis 2 mois ; à l'autopsie, on trouva dans ce cas une néphrite interstitielle subaiguë.

L'auteur distingue la néphrite secondaire précoce survenant dans la première année du chancre, qui se traduit par des phénomènes aigus avec

albuminurie abondante, de la néphrite tertiaire tardive dans laquelle la marche est plus ou moins chronique.

La néphrite syphilitique secondaire est une néphrite infectieuse, banale lorsqu'elle est très précoce, de plus en plus spécifique au fur et à mesure que la syphilis avance en âge. Ses symptômes ne la distinguent guère des autres néphrites infectieuses non spécifiques. Le diagnostic repose sur la constatation d'une syphilis récente, sur l'absence des causes déterminantes qui auraient pu provoquer la néphrite et sur l'efficacité du traitement mercuriel.

Du pseudo-rhumatisme syphilitique, par J. Steinberg, 19 juillet 1898.

L'auteur rapporte 3 observations de syphilitiques secondaires présentant des manifestations articulaires.

Il conclut de ces faits qu'il existe un pseudo-rhumatisme syphilitique, lequel n'a été signalé qu'à la période secondaire de la syphilis. Ce pseudo-rhumatisme diffère du rhumatisme vulgaire par des caractères bien tranchés : apparition chez des sujets indemnes de toute tare arthritique, héréditaire ou personnelle; coexistence habituelle des manifestations secondaires ; moindre intensité des phénomènes inflammatoires ; fixité plus grande des déterminations articulaires ; exacerbations nocturnes des phénomènes douloureux. Il cède rapidement au traitement spécifique, mais les douleurs sont souvent bien calmées par les applications locales de salicylate de méthyle.

Syphilis du système nerveux.

De la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique, par A. Fromageot, 5 mai 1898.

L'auteur a observé un cas de kératite neuro-paralytique chez un sujet syphilitique. En réunissant tous les cas rapportés par les auteurs et un autre fait inédit, il arrive à un total de 30 observations dont 27 dans la syphilis acquise et 3 dans l'hérédo-syphilis. Le plus grand nombre des cas se rapporte à des hommes, ce qui tient très probablement à la fréquence chez l'homme des traumatismes cornéens qui sont souvent la cause occasionnelle de la kératite neuro-paralytique. Cette affection s'observe toujours en même temps que les accidents de syphilis cérébrale ; presque toujours la syphilis n'avait pas été soignée ou l'avait été d'une façon insuffisante.

Comme dans les cas où elle reconnaît une autre cause, la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique a un début brusque, caractérisé par un trouble de la vision et se traduit par l'opacité et l'anesthésie de la cornée, puis par une ulcération occupant généralement la partie inférieure de la cornée, ulcération atonique, à bords nets. La syphilis se révèle plutôt par la production de symptômes associés : paralysies portant surtout sur les 3e et 4e paires crâniennes, paralysies fugaces et passagères ; souvent il y a un certain degré de paralysie faciale et bien souvent une anesthésie de la moitié de la face correspondant à la lésion oculaire, on peut observer aussi des paralysies des membres, des signes de myélopathie.

La marche foudroyante ou tout au moins rapide de cette kératite est parfois arrêtée par le traitement spécifique, lorsque la maladie n'en est encore qu'à la période d'infiltration; la cornée redevient alors transparente ; mais souvent l'évolution de la maladie continue et il survient des complications plus ou moins graves : perforation, hernie de l'iris, etc.

A l'autopsie, on trouve le plus souvent une méningite gommeuse de la base et quelquefois des exostoses syphilitiques comprimant soit le ganglion de Gasser, soit le trijumeau dans son trajet intra-crânien.

La lésion du trijumeau, quoique constante, n'est cependant pas suffisante à elle seule pour déterminer la production de la kératite neuro-paralytique ; il semble nécessaire qu'un traumatisme, si minime qu'il soit, vienne servir de cause efficiente.

Le pronostic est grave non seulement en raison des lésions oculaires et de leurs complications, mais encore en raison des lésions de syphilis cérébrale qui causent celles de l'œil.

Le traitement consiste dans l'emploi local des antiseptiques faibles et des pansements occlusifs sévères et dans le traitement mixte (injections d'huile biiodurée et iodure de potassium à hautes doses).

Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire, par N. Kirkoff, 11 mai 1898.

L'auteur rapporte sept observations inédites de syphilitiques présentant des manifestations hystériques et en résume 51 publiées par différents auteurs.

Il se livre à une discussion un peu confuse, dans laquelle il paraphrase surtout des travaux de Fournier sur ce sujet et conclut que l'hystérie n'est pas incompatible avec la syphilis, qu'il est des cas où la diathèse syphilitique se superpose, pour ainsi dire, à la diathèse hystérique, que la névrose préexistante, éteinte ou calmée, peut être réveillée ou simplement stimulée par la syphilis, mais que l'hystérie peut être créée de toutes pièces par la syphilis, plus souvent à sa période secondaire, plus rarement à sa période tertiaire, chez des sujets même n'ayant aucune prédisposition. L'hystérie prenant naissance sous l'influence de la syphilis est le fait direct de l'infection syphilitique comme les autres accidents syphilitiques. L'hystérie syphilitique présente quelques particularités (localisations spéciales des troubles sensitifs et moteurs) qui portent avec elles le cachet même de l'infection qui les a produites. Le traitement spécifique, loin d'aggraver ces phénomènes, a le plus souvent une action modificatrice et curative favorable sur eux.

Hérédo-syphilis.

Le coryza syphilitique héréditaire chez le nouveau-né, par S. Casacca, 22 juin 1898.

L'auteur donne une bonne étude du coryza syphilitique, dont il rapporte une observation très complète avec autopsie due à Darier, observation dans laquelle est notée une tuméfaction considérable de l'amygdale de Luschka.

Il conclut de la fréquence de ce coryza à la possibilité de le diagnostiquer avant même l'apparition des accidents cutanés de la syphilis. Il fait

remarquer que les ulcérations de la muqueuse pituitaire, que les anciens auteurs considèrent comme fréquentes dans le coryza hérédo-syphilitique, sont au contraire très rares, de même que les lésions osseuses et cartilagineuses. Le coryza syphilitique du nouveau-né s'accompagne fréquemment de lésions du tissu adénoïde du naso-pharynx : ces lésions, qui exagèrent les troubles de la respiration provoqués par le coryza, sont similaires de celles qu'on observe chez les hérédo-tuberculeux.

Syphilis paternelle : essai de prophylaxie « ab ovo » de l'hérédo-syphilis, par C. Barrault. 6 juillet 1898.

L'auteur expose sur ce sujet les idées de Pinard dans le service duquel il a recueilli quelques observations.

On ne doit permettre le mariage à un homme syphilitique que si sa syphilis date d'au moins trois ans, ne se manifeste plus par aucun accident et a été convenablement soignée. Pour éviter les manifestations hérédo-syphilitiques, on instituera une prophylaxie consistant en traitement du père pendant six mois avant la fécondation et traitement de la mère pendant toute la durée de la grossesse. Le meilleur mode de traitement pour la mère est l'emploi de l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium qui est le mieux supporté par la femme enceinte.

Traitement de la syphilis.

Nouvelles contributions au traitement de la syphilis par l'huile grise, par G. Gagnière, 28 octobre 1897.

L'auteur de cette thèse, inspirée par Le Pileur, préconise les injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis et apporte à l'appui de ses assertions un certain nombre de faits intéressants.

Il a étudié l'élimination du mercure par les urines chez 15 malades, et a constaté que l'élimination se fait déjà une heure après l'injection ; elle continue faiblement pendant la deuxième heure, devient tout à coup abondante à la 3e heure, reste abondante le deuxième jour, augmente encore le troisième, reste au même taux jusqu'au sixième jour, puis diminue. Les mêmes phénomènes se reproduisent aux 2e, 3e et 4e injections ; à la 5e, elle est plus abondante qu'après les précédentes ; si on cesse alors le traitement, l'élimination diminue, mais se prolonge pendant un mois, un mois et demi, quelquefois deux mois.

Chez plusieurs malades, l'auteur a étudié les modifications des globules sanguins et de l'hémoglobine : il a constaté que les globules et l'hémoglobine augmentaient en général après la deuxième injection et diminuaient ordinairement après la cinquième.

Il conclut de la concordance de ces 2 séries de recherches, qu'il est prudent de ne pas faire plus de 5 injections consécutives.

La radiographie d'une malade qui avait reçu une injection d'huile grise dans les masses musculaires de l'avant-bras a montré que l'huile grise ne se réunissait pas en foyer comme on le pense généralement, mais formait une traînée allongée et interrompue par places ; le lendemain, l'huile grise ne donnait plus qu'une tache beaucoup moins accusée.

L'auteur rapporte une série d'observations montrant les effets utiles et souvent rapides des injections d'huile grise. Il montre que les inconvé-

nients qui lui ont été attribués sont presque tous dus à leur emploi fait imprudemment, que les malades les acceptent facilement, qu'elles sont peu douloureuses. Pour lui, ce traitement, qui est rarement contre-indiqué (sujets cachectiques, tuberculeux avancés, albuminurie ne relevant pas de la syphilis, dents en mauvais état) est applicable couramment à la majorité des cas de syphilis.

Étude critique sur la sérothérapie dans la syphilis, par A. Lambert, 28 décembre 1897.

L'auteur fait une critique serrée et intéressante des essais de sérothérapie tentés dans la syphilis. Ses conclusions, basées sur les faits connus jusqu'ici et leurs résultats nuls ou médiocres, ne suppriment cependant pas tout espoir d'arriver un jour ou l'autre dans cette voie à une méthode curative vraiment efficace contre la syphilis.

Les procédés sérothérapiques mis en œuvre dans le traitement de la syphilis peuvent se ranger en 3 catégories :

1° L'injection de sérum naturel d'animaux normaux.

2° L'injection de sérum provenant de syphilitiques arrivés à une période plus ou moins avancée de leur affection.

3° L'injection de sérum provenant d'animaux chez lesquels on avait tenté préalablement de développer des antitoxines en leur inoculant du sang de syphilitique à la période secondaire ou des lésions nettement contagieuses, telles que le chancre ou des plaques muqueuses.

Les 2 premiers procédés n'ont aucune valeur au point de vue de la guérison réelle d'une maladie infectieuse quelconque; le 2e pourrait cependant théoriquement conférer l'immunité contre la syphilis. Le 3e seul a fait des preuves et c'est de lui seul qu'on peut attendre et espérer un sérum véritablement antisyphilitique.

Les faits publiés jusqu'ici démontrent qu'on ne possède pas encore ce sérum. Au point de vue théorique comme au point de vue pratique, la sérothérapie de la syphilis n'existe donc pas à l'heure actuelle.

Théoriquement, pour obtenir un sérum efficace, il faudrait injecter à des animaux d'une façon suivie et répétée des tissus ou des liquides renfermant en abondance la bacille de la syphilis, et le renfermant à l'état pur afin d'éviter les suppurations dues à des infections simultanées, comme on en observe dans quelques expériences ; ces essais sont d'autant plus difficiles que les animaux sont tous réfractaires à la syphilis et que, d'autre part, le sérum des animaux devient d'autant plus riche en antitoxine que les animaux sont plus sensibles à la maladie dont on veut obtenir l'antitoxine. Il résulte de toutes ces considérations que la méthode, fût-elle démontrée efficace, ne sera pratiquement applicable que du jour où on connaîtra le microbe de la syphilis et les moyens de le cultiver, c'est-à-dire du jour où on pourra facilement injecter aux animaux de grandes quantités de sérum et de toxines syphilitiques.

Gonocoque.

Toxine et antitoxine du gonocoque, étude critique et expérimentale, par E. Pompeani, 3 février 1898.

Cette thèse est, en grande partie, la reproduction des mémoires de J. de Christmas sur le même sujet.

L'auteur conclut que les résultats négatifs ou incomplets des expérimentateurs au sujet de la toxine du gonocoque tiennent ou à ce qu'ils n'ont pas expérimenté avec le gonocoque, ou à ce qu'ils se sont servis de cultures trop peu virulentes ou ont employé des procédés de filtration ne permettant pas le passage de la toxine.

Pour obtenir des cultures dans lesquelles on puisse trouver la toxine en quantité suffisante, les meilleurs milieux de culture sont le sérum pur et coagulé de lapin et le liquide d'ascite peptonisé.

La toxine du gonocoque produit chez les animaux et chez l'homme des effets généraux ou locaux, marqués surtout par une perte de poids et une action phlogogène qui sont manifestes et constantes, proportionnelles aux doses injectées.

Les injections de toxine du gonocoque confèrent au sérum du lapin et de la chèvre un pouvoir antitoxique. Le pouvoir antitoxique du sérum de chèvre est progressif ; injecté au lapin, il prévient la perte de poids et atténue très sensiblement l'action phlogogène due à la gonotoxine. On n'a pas encore de données sur la valeur thérapeutique de ce sérum.

Arthrite blennorrhagique.

Étude sur l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant, par DESTOUNIS, 30 mars 1898.

L'auteur rapporte 9 observations inédites provenant du service d'A. Broca, ce qui porte à 38 le nombre des cas connus de rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Il en donne une bonne étude.

L'arthrite blennorrhagique est, chez l'enfant, consécutive à une infection blennorrhagique primitive (vulvo-vaginite, ophtalmie purulente, uréthrite) qui relève le plus souvent d'une contagion non vénérienne. Elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Elle revêt les différentes formes cliniques décrites chez l'adulte. Elle peut simuler le rhumatisme vrai et surtout l'ostéomyélite dont le diagnostic peut présenter de grandes difficultés.

De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique, par M. BRÈS, 27 octobre 1897.

Revue générale, consciencieuse, sur la question de l'intervention chirurgicale dans le rhumatisme blennorrhagique. 10 observations inédites.

L'auteur conclut que l'arthrotomie a de grands avantages, en raison de la simplicité du manuel opératoire et de ses résultats favorables : suppression rapide de la douleur, chute immédiate de la température, amélioration de l'état général, absence de complications à distance, courte durée de la convalescence, retour de la mobilité intégrale de l'articulation, très léger degré d'atrophie musculaire, absence complète d'ankylose.

L'arthrotomie est indiquée :

1° Dans l'hydarthrose blennorrhagique aiguë qui, après plusieurs jours, ne paraît pas devoir céder aux traitements médicaux ; l'intervention ne doit pas être différée au delà de la première semaine après le début de l'affection.

2° Dans l'hydarthrose blennorrhagique chronique ou à répétition.

3° Dans l'arthrite blennorrhagique aiguë ; dans cette forme, dite plas-

tique ankylosante, les résultats seront d'autant plus satisfaisants que l'opération aura été plus précoce.

4° Dans l'arthrite suppurée : dans cette forme, l'ouverture large et immédiate de l'articulation s'impose, l'arthrotomie n'est plus une opération de choix mais d'urgence.

L'opération doit toujours être complétée par l'exploration soignée de l'articulation : la cavité articulaire sera vidée de tous les produits morbides qu'elle peut contenir, puis on fera un grand lavage, suivi de l'excision, du curettage, ou de l'attouchement vigoureux à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc des parties envahies par le processus inflammatoire. On pratiquera le drainage.

Le nombre des articulations envahies n'est pas une contre-indication à l'arthrotomie.

Chez l'enfant, où l'arthrite blennorrhagique évolue vers une résolution rapide sans ankylose, l'arthrotomie ne paraît pas indiquée.

Manifestations de la blennorrhagie sur l'appareil circulatoire et sur le système nerveux.

La phlébite blennorrhagique, par E. d'Acheux, 11 juillet 1898.

Sur les 17 observations de phlébite blennorrhagique qu'il a recueillies dans différents travaux, l'auteur en élimine 6 qui sont douteux, soit au point de vue de l'existence de la blennorrhagie, soit en raison de la coexistence d'autres maladies infectieuses qui ont pu provoquer la phlébite. Il en rapporte une observation inédite.

La phlébite blennorrhagique s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme. Son développement est favorisé par la présence de varices. Elle se développe presque toujours chez des sujets atteints de rhumatisme blennorrhagique. Elle paraît due au gonocoque seul ou associé à d'autres microbes. C'est une affection bénigne dont les signes et le traitement n'offrent rien de spécial.

Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie, par I. Lustgarten, 11 mai 1898.

L'auteur, à l'occasion de 3 cas de polynévrite blennorrhagique qu'il a observés, reprend avec soin l'histoire complète des manifestations nerveuses de la blennorrhagie et en reproduit les principales observations publiées.

Ces manifestations sont nombreuses et peuvent être groupées en sept chapitres différents : accidents cérébraux, médullaires, névroses, névrites périphériques, névralgies, troubles des organes des sens, déterminations cutanées. Toutes ces complications doivent être considérées comme des manifestations de l'infection générale blennorrhagique.

Les accidents cérébraux sont très rares ; ils peuvent revêtir quatre formes distinctes : la forme délirante, la forme de folie, la forme méningitique et la forme apoplectique. Le pronostic varie avec la forme observée : bénin dans les cas de folie (forme la plus fréquente) ou dans la forme délirante, il est très grave dans les formes méningitique et apoplectique.

La méningo-myélite revêt le plus souvent la forme diffuse dorso-lombaire. Son pronostic doit être réservé et paraît plus grave que celui des

névrites. Dans le seul cas de méningo-myélite où l'examen bactériologique a été fait, on a trouvé du staphylocoque blanc, sans gonocoque.

Les névrites périphériques se localisent le plus souvent aux membres inférieurs, très rarement elles revêtent une forme généralisée ou celle du névro-tabes et de névrite partielle optique ou acoustique. Le pronostic est favorable à condition qu'on sache les soigner; le traitement, qui consiste en immobilisation et emploi des courants galvaniques, est d'une importance capitale, car, bien dirigé, il guérit le plus souvent les malades et les empêche de devenir infirmes.

Les névroses rencontrées dans la blennorrhagie sont la neurasthénie, l'hystérie et la chorée. La neurasthénie est plus fréquente ; l'hystérie et la chorée sont exceptionnelles.

Les névralgies blennorrhagiques peuvent se montrer dans le domaine du nerf crural ou lombo-abdominal, mais le plus souvent dans celui du nerf sciatique; elles sont de courte durée et bénignes; leur bénignité tient à son évolution rapide, à leur peu de tendance à récidiver s'il ne survient pas de nouvelle blennorrhagie, à l'absence d'atrophie.

Les complications de la blennorrhagie peuvent porter rarement sur le nerf auditif, plus fréquemment on les observe du côté des yeux où elles se montrent sous la forme de conjonctivite, d'iritis, d'aquo-capsulite, de dacryocystite, de ténonite et de névrite optique.

Les déterminations cutanées, qu'on considère comme des éruptions angio-nerveuses et comme troubles trophiques dus à la toxine gonococcique, revêtent les formes d'érythèmes, de purpura et de cornes cutanées.

Traitement de la blennorrhagie.

Essai comparatif sur le traitement de la blennorrhagie par les lavages uréthro-vésicaux au protargol et au nitrate d'argent, par I. Haideutoff, 4 mai 1898.

L'auteur a expérimenté comparativement sur des malades du service de Balzer les lavages au protargol et les lavages au nitrate d'argent dans le traitement de la blennorrhagie. Il a traité 21 malades par les injections de protargol (13 cas de blennorrhagie aiguë, 5 cas de blennorrhagie subaiguë et 3 cas de blennorrhagie chronique) et 13 malades par les injections de nitrate d'argent (5 cas de blennorrhagie aiguë, 5 cas de blennorrhagie subaiguë, 3 cas de blennorrhagie chronique).

Il conclut de ses expériences que les solutions de protargel au 1000e sont mieux supportées par les malades que les injections de nitrate d'argent au 6000e, au 8000e, au 10000e employées d'après la même méthode ; le protargol n'est pas supérieur comme antigonococcique au nitrate d'argent ; la transformation de l'écoulement et sa disparition se produisent un peu plus vite par les lavages au nitrate d'argent ; la réaction que produisent les lavages au nitrate d'argent est plus intense et plus persistante que celle qui survient après les lavages au protargol. On peut guérir la blennorrhagie par les lavages au protargol; mais, pour que cette guérison soit durable, il faut continuer les lavages au moins pendant une semaine après la disparition complète des gonocoques et de l'écoulement. Le pro-

targol, dans les conditions où l'auteur l'a employé, échoue dans quelques cas, comme tous les autres antiblennorrhagiques.

Le protargol a l'avantage, sur le nitrate d'argent, d'être très peu irritant, propriété qui lui permet d'être employé avec succès chez les malades qui ne peuvent supporter les autres antiblennorrhagiques, sans éprouver des malaises divers et des sensations douloureuses prolongées. Un autre avantage non moins important que le protargol présente sur le nitrate d'argent, est d'être difficilement précipitable et de ne pas exiger pour sa dissolution l'eau distillée.

On obtient avec le nitrate d'argent les mêmes résultats qu'avec le protargol ; s'il est plus irritant que ce dernier, on peut abaisser autant qu'il le faut le titre des solutions, jusqu'au 8000e, au 10000e et même au 16000e.

Le protargol a donc des avantages indéniables et le praticien peut s'en servir avec avantage, sans oublier toutefois que le nitrate d'argent convenablement dosé et manié peut donner les mêmes résultats. G. T.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

Séance du 23 novembre 1897.

Sarcome multiple hémorrhagique.

S. Lustgarten présente un cas de sarcome multiple hémorrhagique du type Kaposi, chez un homme de 65 ans; la maladie a débuté il y a au moins 18 mois par de petites tumeurs dures situées à la face interne des deux cuisses, puis est survenue de la tuméfaction des membres inférieurs dans leur totalité, avec induration sclérodermique et pigmentation. Actuellement on trouve de nombreuses tumeurs disséminées sur les quatre membres, particulièrement sur les orteils et les doigts. L'examen microscopique a montré un sarcome fasciculé. Le malade est traité par des injections sous-cutanées d'arséniate de soude.

Lupus érythémateux.

Jackson présente une jeune femme de 25 ans qui, depuis deux ans, à la suite d'un coup de soleil, présente une éruption prurigineuse d'aspect eczémateux sur la face et notamment le nez, sur les parties latérales du cou et les oreilles, sur les doigts surtout au pourtour des ongles ; il y a des troubles gastriques et de la constipation, la dermatose s'aggrave ou s'améliore suivant les fluctuations de l'état de la digestion. La ténacité de l'éruption, son siège et un léger état cicatriciel de la peau derrière les oreilles ont fait porter le diagnostic de lupus érythémateux qui est confirmé par Fordyce.

Sclérodermie circonscrite.

Morrow présente une femme de 28 ans, atteinte de sclérodermie circonscrite, dont l'observation a été déjà publiée par Gibney dans les *Archives of Dermatology*, avril 1879, sous le titre de « Sclérodermie ou morphée avec hémiatrophie faciale, pelade et canitie ». Il est intéressant de rapprocher les deux observations. Une plaque de canitie à gauche de la fontanelle postérieure, existe encore maintenant. Sur le côté gauche du cuir chevelu une plaque glabre avec amincissement de la peau persiste encore et ses dimensions ont même augmenté. Dans la région maxillaire inférieure gauche la peau était indurée dans une étendue limitée en haut par une ligne allant de l'angle de la mâchoire à la commissure labiale, en bas par une ligne irrégulière allant de l'angle de la mâchoire au cartilage thyroïde, en dedans par la ligne médiane. Dans cette aire la mâchoire inférieure était atrophiée et l'on remarquait deux sillons verticaux, l'un immédiatement à gauche de la ligne médiane, l'autre quelques lignes plus loin, au niveau de la commissure gauche qui est un peu abaissée ; dans ces sillons la peau était déprimée et adhérente à l'os. On

voit actuellement un arrêt de développement de tout le squelette de la face du côté gauche. Sur l'abdomen, à droite de l'ombilic, se trouvait une plaque atrophique d'aspect cicatriciel de 5 pouces sur 2; la plaque existe encore mais s'est un peu agrandie. La malade a un pied bot gauche et vient d'accoucher d'un enfant bien conformé.

Fordyce, Bronson et Johnston pensent qu'on ne peut guère appeler ce cas de la sclérodermie, mais plutôt de l'hémiatrophie faciale et qu'il s'agit d'un trouble de développement d'origine centrale.

Tuberculose nodulaire des membres inférieurs.

Elliot présente une femme de 33 ans dont la mère est morte de tuberculose ; il y a 5 ans, après un accouchement, les lochies se sont arrêtées et l'éruption actuelle s'est montrée. Les lésions occupent les membres supérieurs et forment des nodules profonds de grandeur variable, de consistance pâteuse, mal limités; la peau, de couleur normale au début, devient violacée, puis se perfore et donne issue à du pus, ensuite à une matière caséeuse. Elliot pense qu'il s'agit de tuberculose.

Allen a vu une éruption analogue chez un jeune garçon atteint de coxalgie.

Gilchrist fait des réserves sur la nature tuberculeuse des lésions parce qu'il a en observation un cas ressemblant à première vue à de la tuberculose de la face et où il a trouvé des corpuscules calcaires analogues au Saccharomyces lithogenes de Sanfelice.

Prurigo de Hebra.

Lustgarten présente un cas de prurigo de Hebra chez une fille de 15 ans. L'éruption a débuté par les membres à l'âge de un an, elle s'aggrave en hiver et notamment au printemps et en automne.

Urticaire factice.

Gilchrist montre diverses préparations microscopiques, notamment une série de pièces d'urticaire factice montrant le caractère inflammatoire de la lésion. Dans certaines pièces excisées au bout d'un quart d'heure il y avait même nécrose de certaines cellules, cela montre que la lésion est due à la mise en liberté de certains poisons.

Séance du 21 décembre 1897.

Engelures nécrosiques.

Allen présente un homme atteint de lésions que le présentateur qualifie d'engelures nécrosiques et qui apparaissent tous les hivers depuis plusieurs années pour disparaître en été. Elles occupent les mains et les pieds, parfois les paumes ou les plantes en s'accompagnant quelquefois de prurit. Ce sont de petits nodules durs, plus ou moins profonds, qui se développent lentement, se nécrosent au centre, donnent issue à un peu de pus en formant une petite excavation profonde comblée par une croûte qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée au bout de plusieurs semaines.

Johnston a vu des cas analogues chez des individus tuberculeux et iden-

tifie cette lésion avec ce que Hallopeau a désigné du nom de granulome innominé.

Pityriasis versicolore.

Allen, à propos d'un cas de pityriasis versicolore, remarque que la maladie se localise souvent dans la région pubienne où elle échappe à l'observation et au traitement. Cela explique un certain nombre de rechutes. Il a vu des cas de pityriasis versicolore envahir le cou, les joues et même le front.

Vitiligo généralisé.

G. Fox rapporte un cas de vitiligo généralisé où toute la peau est devenue achromique, à l'exception d'une petite place sur le cou et une autre dans l'aine. Les cheveux ont conservé leur couleur. Depuis que la peau a perdu son pigment elle est devenue beaucoup plus sensible à l'action du soleil et la moindre exposition amène des phlyctènes.

Morrow n'a jamais remarqué cette susceptibilité particulière.

Je puis, pour ma part, confirmer pleinement la curieuse remarque de G. Fox. — W. D.

Ovarine dans les troubles de la ménopause.

Lustgarten, à propos de l'emploi des extraits organiques, dit qu'il a souvent obtenu des résultats remarquables par l'emploi de l'ovarine dans les accidents de la ménopause tels que bouffées de chaleur à la face, nervosisme, prurit vulvaire, etc.

Séance du 25 janvier 1898.

Lichen plan généralisé.

Fordyce présente un cas de lichen plan généralisé chez une femme de 61 ans. L'éruption a débuté en mars 1897 par des papules prurigineuses sur la face antérieure des avant-bras ; au bout de deux mois l'éruption s'est généralisée, envahissant la face, le cuir chevelu et faisant tomber les cheveux. Les paumes et les plantes sont presque indemnes. Un grand nombre de lésions étaient squameuses au début, ce qui faisait ressembler l'éruption à du psoriasis. Les papules forment des festons et des cercles dont le centre est fortement pigmenté.

Lustgarten remarque la présence de lésions sur le cuir chevelu, localisation très rare mais qu'il a quelquefois observée. La pigmentation lui paraît due à la maladie elle-même.

Johnston pense que la malade a dû prendre de l'arsenic et que c'est à cela qu'est due la pigmentation.

Sherwell rappelle que Taylor a préconisé l'usage interne du chlorate de potasse et de l'acide nitrique dans le lichen plan.

Elliot a employé avec succès ce mode de traitement, mais il ne réussit bien que dans les formes aiguës du lichen plan, les effets en sont surtout remarquables à l'égard du prurit qui est très promptement supprimé. Il s'est également très bien trouvé de la pommade de Unna (acide phénique et sublimé), mais il faut faire varier les doses suivant chaque malade.

Dans les formes hypertrophiques on peut même appliquer l'acide phénique pur.

Sherwell, G. Fox n'ont pas obtenu de résultats favorables par ce traitement ; ce dernier a surtout eu à traiter des cas chroniques.

Lustgarten a, lui aussi, donné le chlorate de potasse et l'acide nitrique, mais sans résultats bien nets. Il insiste sur les dangers du chlorate de potasse qui est un sel éminemment toxique. Il considère que l'arsenic est encore le meilleur médicament dans le lichen plan.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN AND IRELAND

Séance du 24 novembre 1897.

Mycosis fongoïde.

Payne présente un homme de 78 ans qui, depuis nombre d'années, souffrait d'eczéma. Depuis trois ans il a des plaques érythémateuses qui ont récemment donné naissance à des tumeurs ayant l'aspect du mycosis fongoïde. L'examen microscopique d'une de ces tumeurs a montré du sarcome à cellules fusiformes mais disposées en colonnes et avec des points de dégénérescence muqueuse, de sorte que l'ensemble offre une ressemblance frappante avec le cylindrome et nullement avec la structure ordinaire du mycosis fongoïde.

Xanthome diabétique.

Hope Grant montre un homme atteint de xanthome diabétique. Les papules jaunâtres sont surtout nombreuses sur les avant-bras, au voisinage des coudes, tant du côté de la flexion que de l'extension, sur les genoux et le dos ; on en trouve aussi dans les aisselles et sur les côtés du tronc. Les papules des membres ont le volume d'un pois, celles du tronc sont plus petites ; elles ne démangent pas mais sont douloureuses à la pression. L'éruption a débuté il y a trois ans par les hanches d'où elle a actuellement disparu, elle existe aux bras depuis deux ans mais a présenté des variations dans le volume et l'abondance des lésions. Le malade a eu un peu de douleur dans la région du foie, il a maigri et a perdu ses forces depuis quelque temps. Un premier examen de l'urine a montré une densité de 1022 avec des traces de sucre. Deux jours plus tard on n'a plus trouvé de sucre non plus que dans les examens ultérieurs.

Payne rappelle qu'il a publié deux cas de xanthome diabétique avec glycosurie transitoire.

Hématangiome infectieux.

David Walsh montre une jeune femme de 21 ans dont l'observation a déjà été publiée dans les *Archives of surgery* par Hutchinson sous le nom de « Infective hæmato-angioma ». La maladie a débuté par le bras à l'âge de 13 ans (et non de 17 comme l'a dit Hutchinson par erreur) et de là elle s'est étendue sur tout le corps. Elle progresse sous forme d'arborisations purpuriques qui guérissent en laissant un état légèrement atrophique de la peau ; la face a cependant été entièrement parcourue par l'éruption qui

n'y a presque pas laissé de traces. Depuis deux mois il y a eu une nouvelle poussée sur les jambes, mais cette fois sous forme de plaques arrondies ; il y a eu en même temps quelques troubles généraux avec de la diarrhée. Dans le creux poplité gauche se trouve un angiome veineux. Le massage et des topiques antiseptiques ont amené de l'amélioration. La malade a aussi été longuement traitée par la thyroïdine. Répondant à une question de Savill, l'auteur dit que le terme « infective » est employé par Hutchinson dans un sens purement local, pour désigner des lésions à marche lentement envahissante.

Sclérodermie en plaques.

Savill présente un cas de sclérodermie chez une femme de 40 ans. Ses mains sont gonflées, surtout aux jointures, rouges, douloureuses et la peau est lisse et luisante. Les pieds sont atteints de la même façon. Sur le cou-de-pied droit et en différents points du tronc sont des plaques de morphée typique ; ces dernières sont apparues depuis deux ans, avant les autres manifestations. Les lésions des pieds ont débuté depuis deux ans par de l'engourdissement et de la roideur ; ensuite les mains ont été atteintes ; enfin elle a perdu l'extrémité du troisième orteil droit. La roideur des avant-bras et des pieds est due tant à l'induration de la peau qu'à celle des muscles qui sont généralement atrophiés. Bien qu'il n'y ait pas de troubles de la sensibilité, l'auteur pense à la maladie de Morvan ou la syringomyélie.

Pernet pense plutôt à la sclérodermie. W. D.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 8 décembre 1897.

Teigne tondante chez un homme de 23 ans.

Aldersmith montre un cas de teigne tondante chez un homme de 23 ans qui l'avait contractée de son jeune frère. Il n'avait qu'une seule plaque sur laquelle il ne manquait qu'un petit nombre de cheveux cassés au ras de la peau et enroulés en tire-bouchon. Chez le plus jeune frère les cheveux étaient cassés plus longs. Il s'agissait d'un trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant. A. se propose de traiter ce cas par la destruction radicale des cheveux malades en enfonçant dans chaque follicule une aiguille enduite d'huile de croton.

Purpura avec dermographisme.

M. Bruce et J. Galloway présentent un cas de purpura. Le malade est un homme de 29 ans, cuisinier, obèse, pâle et alcoolique. Son père était, paraît-il, atteint d'une éruption analogue. L'éruption a débuté par les membres inférieurs il y a deux mois, en même temps que de l'œdème qui persiste encore. L'éruption couvre les membres inférieurs sous forme de taches ecthymateuses, elle s'atténue par le repos au lit, mais revient aussitôt sous l'influence de la station verticale. Une fois il est survenu quelques vomissements suivis de diarrhée sanglante.

Sur les membres inférieurs il survient un dermographisme purpurique très net, après une traînée faite avec un corps mousse une ligne un peu saillante devenant franchement purpurique après quelques heures, puis persistant plusieurs jours. Pas de dermographisme sur le reste du corps.

Tumeurs mélaniques de la peau consécutives à un nævus.

A. Carless montre un cas de tumeur mélanique de la peau chez un homme de 54 ans. En 1895 cet homme était déjà venu à l'hôpital pour une tumeur du volume d'une noisette siégeant sur la pommette gauche; elle datait de 2 ou 3 ans et avait succédé à un petit nævus mou qui avait été écorché accidentellement puis irrité par différents traitements ; tout autour de la tumeur régnait une auréole noirâtre. La tumeur fut excisée à cette époque mais on laissa une partie de l'auréole.

Depuis lors la pigmentation s'est graduellement étendue; depuis 2 mois, une petite tumeur verruqueuse est apparue sur le bord de l'ancienne cicatrice et atteint actuellement un centimètre, elle est également entourée d'une auréole noire. Quatre autres taches noires de 1 à 3 centimètres de large sont apparues en d'autres parties du côté gauche de la face. La surface de ces taches est un peu squameuse et l'on soupçonne un peu d'infiltration dans quelques-unes.

Lupus érythémateux traité par la salicine.

Radcl. Crocker montre deux cas de lupus érythémateux traités par la salicine à l'intérieur à la dose de 2 gr. 70 par jour. En outre, on appliquait 2 fois par jour une lotion de calamine. Chez le premier malade, en traitement depuis juillet 1897, il ne reste qu'une petite tache grosse comme un grain de chènevis sur la lèvre supérieure. Chez le deuxième, en traitement depuis le mois d'août, il reste seulement une plaque sur le nez, d'ailleurs fort atténuée. Le présentateur ne donne pas la salicine comme un remède infaillible, mais il peut améliorer ou guérir un bon nombre de cas.

Lichen plan chez un enfant hindou.

Radcl. Crocker présente un cas de lichen plan chez un enfant hindou de 4 ans. Les papules se détachent en blanc sur le fond sombre.

Sclérodermie mixte.

Radcl. Crocker présente un cas de sclérodermie mixte, datant de 6 mois, chez un jeune homme de 17 ans. Sur le côté gauche du tronc sont des taches fauves où la peau est amincie et déprimée; plaques analogues à la face interne du bras gauche ; dans la région du deltoïde et du triceps on trouve une induration profonde; quelques petites plaques de morphée atrophique à la face interne de l'avant-bras et du bras du côté droit et le côté gauche du cou.

Épithélioma de l'aine.

Krieg présente un homme de 64 ans, cachectisé par une néphrite interstitielle et qui depuis 3 ans présente une affection de la peau localisée à la

région inguinale droite. On y trouve une plaque rouge saillante, occupant l'aine et les parties voisines du scrotum et du pénis. Les contours sont bien limités, plus pâles que la partie centrale qui est papillomateuse et suintante. En écartant les saillies papillaires on voit qu'elles mesurent un quart de pouce de long. Les ganglions de l'aine droite sont tuméfiés, notamment l'un d'entre eux. Le diagnostic hésite entre un papillome simple, irrité, ou un épithélioma : c'est à ce dernier diagnostic que s'arrête le présentateur.

Alopécie congénitale.

Colcott Fox présente un garçon de 7 ans avec un nævus singulier que la mère a remarqué au moment de la naissance. On trouve trois plaques lancéolées dans le territoire du grand nerf occipital droit ; au-dessous se trouvent trois autres plaques analogues. Ces plaques sont blanches et glabres, ressemblant à des taches de pelade ou à des cicatrices. La plaque inférieure est cependant légèrement papillomateuse et couverte d'une sorte d'enduit d'une néoplasie molle. Fox remarque qu'on peut rapprocher de son cas plusieurs faits d'alopécie congénitale.

Séance du 12 janvier 1898.

Sclérodermie de la peau et de la muqueuse buccale.

W. Anderson montre un cas de sclérodermie affectant la peau et la muqueuse dans le territoire des trois branches du trijumeau droit. La maladie a commencé depuis quatre mois chez un homme de 26 ans par une douleur dans le côté droit de la gorge.

Alopécie avec cheveux peladiques sans aires.

Colcott Fox présente une fillette de 3 ans, atteinte d'une forme particulière d'alopécie. La mère avait remarqué la chute des cheveux depuis quatre mois. Actuellement on constate que, sur la moitié antérieure du cuir chevelu, les cheveux sont clairsemés et un grand nombre d'entre eux sont cassés et effilés à la racine, reproduisant exactement les cheveux en massue de la pelade. Cette altération est tout à fait diffuse et il n'y a pas de plaques limitées. L'examen microscopique des tronçons de cheveux montre les racines atrophiées mais pas de parasites. Le cuir chevelu paraît sain ; l'enfant est bien portante.

Fox rapporte qu'il a vu quatre autres cas identiques. Chez de jeunes enfants, la maladie peut persister des années sans aboutir à former des plaques limitées.

Pringle a en traitement en ce moment un cas tout à fait semblable qui est le premier qu'il ait vu.

Érythème en cercle de nature indéterminée.

C. Fox présente une fillette de 4 ans, atteinte d'une éruption occupant les cuisses, le pubis, les flancs et les fesses ; elle débute par de petites macules qui s'élargissent et forment des cercles atteignant 2 pouces et demi. La bordure est rose vif, le centre des cercles est sain et sans pigmentation ; il n'y a pas trace de desquamation, plus de douleur ni de

prurit, pas de symptômes généraux. Une pommade au soufre et à l'acide salicylique est restée sans influence. En discutant le diagnostic, Fox élimine la trichophytie, l'eczéma séborrhéique, le pityriasis rosé et l'érythème multiforme, il croit qu'il s'agit d'une affection *sui generis*.

Galloway a en traitement une jeune fille qui présente une éruption tout à fait identique. Il inclinerait vers le diagnostic de pityriasis rosé.

Lupus érythémateux aigu.

Galloway montre une femme de 35 ans qu'il a vue pour la première fois il y a trois mois ; elle avait alors un érythème intense accompagné d'œdème occupant toute la face, l'état général était mauvais et laissait soupçonner mais non affirmer la tuberculose pulmonaire. Deux mois après l'état général s'était aggravé, mais il n'y avait pas de symptômes nets de tuberculose. L'éruption de la face est moins aiguë ; sur les mains et les bras, surtout du côté de l'extension, se trouvent des plaques érythémateuses, squameuses et infiltrées ; on en trouve notamment sur la face dorsale des doigts et sur les paumes.

Il y a quelques plaques sur les coudes, le dos, les membres inférieurs et sur le cuir chevelu. La distribution de l'éruption fait penser à l'érythème polymorphe, mais l'atrophie de la peau au milieu des plus grands placards fait reconnaître un lupus tuberculeux. Ce cas est intéressant en raison de l'opinion de Brocq qui fait du lupus érythémateux une toxidermie habituellement d'origine tuberculeuse.

Congestion cutanée généralisée par paralysie vaso-motrice.

Galloway présente une jeune femme de 21 ans, obèse, dont la peau est dans sa totalité rouge foncé ; dans les parties déclives comme les mains et les pieds la peau est cyanosée et les veines superficielles sont dilatées ; les extrémités sont toujours froides.

Il s'agit donc d'une congestion de toute la peau par paralysie vaso-motrice. Le moindre traumatisme produit des plaies dont la cicatrisation est extrêmement lente. On remarque en outre de la tachycardie, le pouls battant 120 à 180 sans lésion organique du cœur.

L'urine, de quantité normale, contient 40 grammes par litre d'urée et une proportion non moins exagérée d'acide urique. La diminution des aliments azotés fit tomber en deux jours l'urée à 20 grammes.

G. pense que le point de départ de la maladie est un trouble de la nutrition.

Lymphangiome circonscrit de la fesse.

Malcolm Morris présente un cas de lymphangiome circonscrit de la fesse chez une jeune fille de 17 ans. La lésion existait au moment de la naissance, mais elle était alors très petite ; à l'âge de 2 ans elle s'accrut rapidement pendant un certain temps. Depuis l'âge de 9 ans il survient une ou deux fois par an des poussées inflammatoires qui sont généralement provoquées par la fatigue de la marche.

La lésion occupe la face postérieure de la cuisse droite et la fesse correspondante, formant une plaque de 10 à 11 pouces de large sans limites bien définies. Elle est constituée par des vésicules miliaires, profondes,

transparentes, à contenu clair ou quelquefois hémorrhagique. Ces vésicules, clairsemées à la périphérie, deviennent de plus en plus nombreuses vers le centre où elles sont cohérentes, formant une masse saillante et verruqueuse ; elles ne se laissent pas réduire par la pression.

La lésion est indolente ou seulement un peu plus sensible après une marche prolongée. Au moment des poussées inflammatoires elle devient très douloureuse, gonflée, tendue, rouge et laisse exsuder un liquide clair ou parfois un peu de sang. Morris se propose de détruire la tumeur avec le galvanocautère.

Sclérodermie en gouttes.

Perry montre un cas de sclérodermie en gouttes, chez une femme de 33 ans. Le début de l'éruption ne peut être fixé, et remonte aussi loin que ses souvenirs, mais elle l'a toujours vue augmenter progressivement. Les lésions occupent la partie supérieure de la poitrine et du dos, la nuque et les régions rétro-auriculaires ; elles sont constituées par des petites plaques d'un quart de pouce en moyenne, arrondies, blanches, dures, plus saillantes par leur bord qui est pigmenté. On y distingue quelques points noirs qui sont les orifices folliculaires dilatés. On remarque en outre de nombreux petits angiomes disséminés tant sur la peau saine que sur les plaques sclérodermiques.

C. Fox remarque que les lésions font penser au lichen plan atrophique, cependant on ne peut pas trouver de lésions de lichen typique.

Corne du pénis.

Marmaduke Sheild montre une corne du pénis survenue depuis un an chez un homme de 60 à 70 ans. Le prépuce est rouge avec des îlots d'épiderme épaissi analogue à la leukokératose de la langue. C'est sur un de ces îlôts que la corne a pris naissance. W. D.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Réunion d'Édimbourg, août 1898.

SECTION DE DERMATOLOGIE

Nature et traitement du lupus érythémateux.

A. Boeck, rapporteur. — La doctrine de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux, proposée d'abord par J. Hutchinson, est actuellement soutenue principalement par les auteurs français. La statistique personnelle de B. porte sur 42 cas dont 35 chez des femmes et 7 chez des hommes ; l'âge du début était en moyenne 32 ans (sur 29 cas) ; trois fois la maladie a débuté dans l'enfance et une fois à 5 ans ; le cas le plus tardif avait débuté à 62 ans. Sur ces 42 cas, 28, soit les deux tiers, présentaient des signes évidents de tuberculose présente ou passée ; 23 (55 p. 100) avaient ou avaient eu des adénites tuberculeuses ; 8 avaient eu des lésions scrofuleuses des cornées ; 2 avaient eu de la tuberculose des os. Le fait qu'un tiers des malades ne présentaient pas de symptô-

mes de tuberculose ne prouve rien contre la doctrine en raison de la grande fréquence de la tuberculose latente. Dans la forme aiguë maligne du lupus érythémateux la terminaison par la tuberculose pulmonaire à marche rapide est de règle.

Il existe une série de formes morbides constituant des transitions entre le lupus érythémateux et le lichen scrofulosorum, notamment l'affection décrite par Bœck sous le nom de lupus érythémateux disséminé. Deux autres affections peuvent encore être considérées comme des exanthèmes tuberculeux, l'une est la variété eczématiforme du lichen scrofuleux, l'autre est une affection extrêmement commune chez les enfants, formant des macules squameuses sur la face et généralement dénommée pityriasis simplex ou pityriasis alba.

Le lupus érythémateux débute par une dilatation des vaisseaux sanguins, puis surviennent de l'inflammation des parois vasculaires et du tissu conjonctif, enfin l'obstruction des vaisseaux par prolifération de leurs parois ou par thrombose. B. n'a jamais observé de passage du lupus érythémateux au lupus vulgaire.

Des diverses théories pathogéniques proposées, la plus satisfaisante est celle qui fait du lupus érythémateux une éruption toxique d'origine tuberculeuse. La dissémination de l'éruption qui est sans relation avec les territoires nerveux, l'absence de troubles de la sensibilité font rejeter l'hypothèse d'une lésion nerveuse.

La question de dénomination des diverses maladies de ce groupe doit être réservée jusqu'à ce que leur étiologie soit parfaitement élucidée.

Unna s'est occupé uniquement du traitement du lupus érythémateux. Il a peu de confiance dans le traitement interne : l'arsenic et les iodures ne lui ont donné aucun résultat ; avec la tuberculine il a obtenu quelques améliorations mais pas de guérison ; il a obtenu quelques résultats assez satisfaisants avec le carbonate d'ammoniaque, l'ichtyol et le salicylate de soude.

Les médications externes donnent de meilleurs résultats et ceux-ci sont plus faciles à contrôler. On peut distinguer 6 catégories de remèdes.

1° Un premier groupe a pour but de dessécher les tissus et de déterminer leur rétraction. Ce sont des poudres inertes, des pâtes ou des lotions tenant des parties solides en suspension. Ces préparations peuvent être la base du traitement dans certains cas très irritables ou bien servir comme adjuvants après un traitement plus actif.

2° D'autres topiques exercent une certaine compression sur les tissus enflammés. Le meilleur est le collodion, qu'on peut additionner de savon vert, d'acide salicylique ou d'ichtyol à la dose de 10 p. 100. Le collodion a l'inconvénient d'être difficile à enlever ; il peut être remplacé par le gélanthum (gelée de gélatine et de gomme adragante) qu'il est facile d'enlever par un simple lavage à l'eau chaude.

3° Un certain nombre de médicaments agissent en diminuant l'hyperhémie du derme, tels sont la pyraloxine ou pyrogallol oxydé, la chrysarobine oxydée qui ont une action beaucoup moins irritante que le pyrogallol et la chrysarobine naturels, l'ichtyol, la pyoctanine, les savons et les alcalis. Ces derniers doivent s'appliquer sous forme de solutions faibles et en

compresses maintenues humides par un bandage imperméable. Les autres médicaments peuvent s'employer en emplâtres ou en pommades à base de savon surgras.

Ces trois groupes de médicaments sont plutôt émollients et sont de beaucoup ceux dont l'emploi est le plus sûr, ils n'ont pas une action très rapide, mais ils peuvent suffire pour obtenir la guérison.

4° Les remèdes destructeurs ont pour but de détruire d'emblée les parties malades ou tout au moins de mettre le derme à nu. Par exemple, une pâte formée de parties égales de pâte de zinc, résorcine et ichtyol en solution dans l'éther.

5° Ce groupe contient des topiques qui produisent des ulcérations plus ou moins profondes, tels sont le pyrogallol à haute dose, l'éthylate de soude, le mélange en parties égales d'acide phénique, de teinture d'iode et d'hydrate de chloral. On peut y joindre l'ignipuncture qui agit de la même façon. Cette méthode de traitement est des plus répandues mais des plus infidèles, sans compter qu'elle détermine toujours des cicatrices plus ou moins profondes.

6° Les topiques simplement irritants, comme la teinture d'iode, acide trichloracétique, liqueur de Fowler, acide phénique, naphtol, etc.

D'une façon générale, il vaut toujours mieux commencer le traitement par des topiques très inoffensifs, tels que les poudres inertes ou des lotions de calamine ou d'acétate de plomb, puis recourir à des moyens plus actifs si les lésions présentent peu d'irritabilité. Les topiques irritants ou destructifs peuvent bien donner des succès entre les mains de quelques praticiens qui ont une grande expérience de tel ou tel d'entre eux, mais leur usage général n'est pas à recommander.

Eddowes a inoculé à des cobayes des fragments de lupus érythémateux et n'a jamais produit de tuberculose. Quant au traitement, il emploie surtout des lotions d'acétate de plomb et de calamine et quelques applications d'éthylate de soude.

M. Dockrell n'a jamais observé de relations avec la tuberculose.

R. Crocker est également opposé à l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux.

Que doit-on entendre par le mot eczéma ?

M. Morris définit l'éczéma « une inflammation catarrhale de la peau, naissant sans irritation externe visible et caractérisée à certaines périodes de son évolution par une exsudation séreuse ». Tandis que Bazin considérait toujours l'eczéma comme la manifestation d'un état général, Hebra en faisait toujours le résultat d'une irritation externe. Dernièrement, sous l'influence de Unna, bon nombre d'auteurs en font une maladie parasitaire. Cette opinion paraît assez plausible, mais il faut faire une large part à la prédisposition qui fournit le terrain de culture. Cette prédisposition est constituée par un état anormal de la peau ou par des troubles nerveux. En revanche, la persistance ou la disparition d'un eczéma est sans influence sur l'état de la santé générale. W. D.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 6 mai 1898.

Traitement du lupus.

M. Lang rappelle que dans ces derniers temps on a conseillé, pour le traitement du lupus, les rayons Röntgen, l'exposition à la lumière solaire et à l'arc électrique. Le Dr Holländer a proposé l'emploi de l'air chaud. Les résultats sont aussi satisfaisants qu'après l'emploi de la curette, du paquelin, des pommades; les cicatrices sont toutefois incontestablement plus belles avec l'air chaud qu'avec ces méthodes. On obtient aussi une amélioration plus marquée par le traitement à l'air chaud dans le lupus érythémateux. A l'appui de son assertion, Lang présente une femme de 33 ans, atteinte d'un lupus érythémateux des deux joues et des sourcils; ce lupus a été traité par un courant d'air chaud, la première fois le 24 mars, la deuxième fois le 23 avril. Sur la joue droite et sur les deux sourcils la guérison est complète, sur la joue gauche la réaction persiste encore, par conséquent la cicatrisation n'est pas terminée.

L'orateur présente en même temps une fille de 18 ans, atteinte, depuis l'âge de 3 ans, d'un lupus occupant une grande partie de l'articulation du coude du côté droit et s'étendant du tiers inférieur de l'avant-bras jusque sur la face dorsale de la main et des doigts. Chez cette fille on a extirpé le lupus et le résultat est jusqu'à présent très satisfaisant.

Séance du 13 mai 1898.

Pemphigus végétant.

M. Mracek présente une malade âgée de 68 ans, atteinte de pemphigus végétant, qui se trouve dans un état de santé très satisfaisant; ce cas est d'autant plus remarquable que dans cette dermatose les malades sont en général très affaiblis. En 1891 cette malade fut atteinte d'une éruption bulleuse; elle eut ensuite trois ans d'accalmie. Elle entra pour la première fois dans le service de l'orateur en février 1894 où elle resta 253 jours. A cette époque l'état général de la malade était très mauvais, les mains et les pieds légèrement œdématiés; sur tout le corps bulles de pemphigus, quelques-unes recouvertes de croûtes. On pouvait déjà voir dans la région péri-anale une tendance à des proliférations papillomateuses, ainsi qu'à une forte pigmentation de la peau de certaines régions.

En octobre l'amélioration était assez marquée pour que la malade pût quitter l'hôpital. En mars 1895 elle revint à la suite d'une nouvelle éruption bulleuse, accalmie d'environ trois mois. Cette fois l'éruption consistait en vésicules plus petites et en excoriations superficielles, avec tuméfaction du pavillon des oreilles, des paupières inférieures, du menton, de la poitrine et du dos.

La malade quitta de nouveau l'hôpital, mais elle revint en août 1895 pour la troisième fois.

Depuis cette époque presque tout le corps a été envahi par des bulles sous forme de poussées plus ou moins intenses. La pigmentation brun jaunâtre des premiers temps a pris une teinte noire, sépia, dans les

régions du cou, de la nuque, de la partie inférieure de l'abdomen et des creux axillaires. Quoique la peau soit assez sèche au toucher les régions pigmentées rappellent l'acanthosis nigricans par leur caractère verruciforme et papillomateux, par leurs sillons. Dans le creux des aisselles, épaississements de la peau plats, semblables à des verrues et papillomateux. Ces épaississements sont le résultat de la régression de proliférations papillaires, hyperhémiques, qui contiennent dans les sillons et les dépressions des matières grasses et visqueuses. Dans les plis génito-cruraux, sur les grandes lèvres et tout autour de l'anus, proliférations papillomateuses encore plus rouges.

Dans les trois dernières semaines, nouvelles poussées bulleuses sur les mains et le dos et en différents points. Il est possible que l'emploi de l'arsenic ait provoqué de la mélanose. Toutefois cette malade a parfois, en même temps que ces éruptions de petites bulles, un prurit intense, et après chaque poussée la mélanose augmente.

En 1895, cette malade pesait 47 kilogrammes, elle était languissante, faible ; par suite du prurit, nombreuses nuits sans sommeil. Régime reconstituant, mais surtout traitement aseptique de la peau.

M. Neumann fait remarquer, à propos de ce cas, que, depuis ses premières communications sur le pemphigus végétant, son opinion s'est modifiée relativement au pronostic ; si les végétations se dessèchent et s'épidermisent, le pronostic, quant à la vie, devient meilleur, en ce sens que ces cas n'entraînent pas la mort dans l'espace de quelques mois, mais guérissent en un temps plus ou moins long.

M. Mracek ne croit pas, contrairement à l'opinion générale, que tous les malades atteints de cette variété de pemphigus meurent par inanition, un grand nombre succombe par sepsie.

Syphilis ulcéreuse précoce (mode de guérison par la nature seule).

M. Mracek a eu l'occasion de voir un certain nombre de cas graves de syphilis traités au mépris de toutes les méthodes classiques ; à ce propos il présente un malade.

Au milieu de novembre de l'année précédente, il fut appelé auprès de ce malade et le trouva pelotonné sur un divan. La tête et le visage étaient enveloppés de compresses qui, ainsi que le linge de corps, adhéraient aux plaies.

Ce malade était très affaibli, tout son corps était agité par des tremblements, il pouvait à peine se tenir debout. Pouls filiforme, peau terne, froide, ridée. Le corps très amaigri était recouvert de nombreuses ulcérations plus ou moins étendues, purulentes et à marche périphérique.

Ce malade avait observé, quatre mois et demi auparavant les premiers symptômes de son infection et il s'était rendu, à l'époque de l'apparition d'une syphilide maculeuse, dans une maison de santé où le traitement consiste en un régime végétal, en bains de vapeur avec lavages et applications de compresses trempées dans une décoction de prêle des champs. Il y séjourna neuf semaines et il en est revenu il y a quelques jours dans l'état mentionné ci-dessus. Une amélioration très rapide se produisit sous l'influence d'un traitement spécifique rationnel.

Nævus nerveux.

M. Ehrmann présente un malade atteint d'un nævus pigmentaire verruqueux ichtyosique, situé dans les espaces intercostaux du côté gauche du thorax et exactement limité sur la ligne médiane. L'hypothèse émise de nouveau récemment, qu'il s'agit dans ces cas d'une anomalie, sous la dépendance d'une influence nerveuse, n'est pas fondée. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE DE PARIS

Séance du 23 mars 1898.

Accidents éruptifs dus à l'emploi de l'exalgine.

M. Linossier a vu chez une femme de 35 ans, neuro-arthritique et atteinte de lithiase biliaire, mais ne présentant dans ses urines ni sucre, ni albumine, deux heures environ après la prise de 0 gr. 25 d'exalgine pour combattre une céphalée, apparaître un érythème généralisé en larges placards sur lesquels se voient, en certains points, de larges bulles contenant de la sérosité claire. Cet érythème est douloureux à la pression, mais ne détermine aucune sensation prurigineuse. Sur les muqueuses vaginale et anale, même éruption bulleuse qui donne naissance à des ulcérations tenaces. On retrouve l'éruption au niveau de la cavité bucco-pharyngée ; la malade éprouve le long du trajet du tube digestif une sensation de brûlure intense. Cette éruption rappelle en résumé l'aspect des éruptions dues à l'antipyrine, auxquelles la malade était d'ailleurs sujette.

On n'a jusqu'ici jamais signalé d'éruptions dues à l'exalgine.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 février 1898

Gommes congénitales du sterno-mastoïdien.

M. Durante a examiné les muscles sterno-mastoïdiens d'un enfant né à terme, chez lequel on avait constaté dès les premiers jours de la vie la présence à la partie moyenne de chacun de ces muscles d'une tumeur dure et assez nettement limitée. Il a trouvé un nodule du volume d'une noisette de consistance cartilagineuse, se confondant sur les bords avec le tissu musculaire sain ; histologiquement ces nodules étaient constitués par un tissu scléreux adulte pauvre en noyaux ; la sclérose envahissait peu à peu les fibres musculaires de voisinage et les vaisseaux atteints d'endo et de périartérite présentaient de petites gommes au voisinage immédiat des nodules.

M. Kirmisson fait remarquer qu'il résulte de ce fait que le torticolis congénital est probablement dû souvent à une rétraction du sterno-mastoïdien produite par des gommes ou des lésions scléreuses du muscle.

G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Abcès cutanés.

Abcès multiples de la peau, par J. Renault. *Archives de médecine des enfants*, février et mars 1898, p. 65 et 134.

Les abcès sous-cutanés multiples de la peau des nourrissons et des enfants plus âgés apparaissent souvent autour d'un érythème vésiculeux des fesses, ou à la suite d'eczéma irrité, de prurigo, de gale, de phthiriase, parfois de pemphigus ou de varicelle, ils accompagent souvent l'impétigo et l'ecthyma, sont parfois consécutifs à la scarlatine et surtout à la rougeole.

Il n'est pas rare de les voir associés à la tuberculose, mais il est exceptionnel d'y rencontrer le bacille de Koch; dans plusieurs cas de lésions cliniquement considérées comme des gommes tuberculeuses de la peau, Renault n'a pas trouvé le bacille de Koch, mais le staphylocoque seul. La marche lente n'est ni constante chez les enfants tuberculeux, ni spéciale à ceux-ci.

La syphilis, par la cachexie qu'elle entraîne, de même que le rachitisme, peut faciliter le développement des abcès multiples.

Renault n'a jamais, sur 50 cas d'abcès sous-cutanés multiples, trouvé le streptocoque, non plus que le pneumocoque et le coli-bacille; le bacille de Koch y est très rare. Les microbes que l'on rencontre dans ces abcès sont les staphylocoques blanc et doré, le doré le plus souvent.

Dans l'immense majorité des cas, les microbes pénètrent par la surface de la peau, très souvent à la faveur d'une lésion antérieure : ils peuvent exister à la surface de la peau, bien qu'ils y soient le plus souvent très peu virulents, ou y provenir d'autres malades soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des infirmières. Chez les enfants dont les mères sont atteintes de galactophorite, affection qui relève presque toujours du staphylocoque, l'infection semble se faire par la peau et non par le tube digestif comme on l'a pensé; s'il en était ainsi, les abcès revêtiraient la forme septicémique et non la forme discrète.

Cette forme pyosepticémique, dans laquelle les abcès sont extrêmement nombreux et qui relève d'une origine hématogène, peut succéder à l'infection par la peau, et se montrer après des lésions cutanées staphylococciques, abcès, varicelle suppurée, etc.

Les enfants atteints d'abcès multiples présentent en général simultanément des vésico-pustules, des abcès intradermiques et des abcès profonds; les vésico-pustules et les abcès intradermiques procèdent par poussées successives et on en trouve ordinairement de diverses dimensions et aux différentes phases de leur évolution; les abcès profonds intéressent à la fois les couches profondes du derme et le tissu cellulaire sous-cutané aux dépens duquel se fait surtout leur extension.

Les symptômes généraux sont des plus variables, suivant l'étendue des lésions et l'état de santé des enfants.

On peut distinguer plusieurs formes de l'affection: *a*) forme pyohémique, consécutive à une suppuration profonde ou à une suppuration cutanée; *b*) forme phlegmoneuse, confluente d'emblée ou secondairement aux formes discrète et torpide, et forme phlegmoneuse discrète, l'une et l'autre avec ou sans poussées successives ; *c*) forme torpide, confluente ou discrète, avec ou sans poussées successives.

Il peut survenir des complications : broncho-pneumonie, entérite, septicémie, pyohémie, qui emportent les malades.

La prophylaxie des abcès multiples réside tout entière dans les soins de propreté et les précautions antiseptiques. Quant au traitement, il consiste dans l'incision, qui doit être petite et aussi précoce que possible dès qu'on sent l'abcès au doigt, si dur qu'il paraisse, et dans la protection des parties saines au moyen de pansements secs ou d'emplâtres. G. T.

Actinomycose.

Actinomycose thoracique cutanée, vertébrale, pulmonaire; étude anatomique, par MACAIGNE et RAINGEARD. *Presse médicale*, 22 juin 1898, p. 331.

Garçon de 6 ans, ayant commencé à tousser à la suite d'un état infectieux qualifié de fièvre muqueuse; un an plus tard, quelques jours après une chute légère, apparition des premières manifestations cutanées à la région des deux omoplates, sous la forme de nodosités sous-cutanées, plus ou moins étendues, d'abord mollasses, puis de taches érythémateuses, ou de plaques chagrinées, ou de nodosités vésiculeuses, à contenu fongueux parsemé de grains jaunes donnant la coloration du xanthélasma et recouvertes d'un cuticule mince, bleuâtre ; plus tard, sans doute par suite d'une infection secondaire banale, ces lésions suppurent et il se forme des ulcérations à bords violacés, décollés, à fond rouge semé de grains jaunes, superficielles ou profondes, indépendantes ou reliées entre elles par leur profondeur, et revêtant la forme anthracoïde. Ces lésions ont fini par envahir la plus grande partie du dos, de chaque côté de la ligne médiane. Ces lésions étaient en voie d'amélioration, ou mieux de guérison presque complète, sous l'influence de l'iodure de potassium, au moment de la mort du malade causée par les lésions rachidiennes et pulmonaires.

L'examen microscopique des lésions cutanées fait après la mort montre que l'actinomycose était réduite à quelques fragments en voie d'élimination et que les lésions persistantes (infiltration leucocytaire dans le tissu conjonctif dermique et autour des vaisseaux) étaient dues à la présence de staphylocoques associés à des streptocoques. G. T.

Artificielles (Éruptions).

Dermatite provoquée par le cypripedium (Dermatitis venenata). *Journal of horticulture*, 23 septembre 1897.

Diverses variétés de cypripedium, spectabile, pubescens, et parviflorum, sont susceptibles de produire des éruptions par leur contact avec la peau. Les feuilles de ces plantes portent deux espèces de poils, des

poils simples et des poils glandulaires ; ces derniers seulement sont irritants. Le même journal signale également les dermites dues au contact des bulbes de jacinthes, notamment de la jacinthe romaine.

(D'après *British Journal of Dermatology*, janvier 1898, p. 24.) W. D.

Intoxication par le rhus toxicodendron (Remarks on rhus toxicodendron), par L. F. Frank. *Medical Record*, 16 avril 1898, p. 551.

L'auteur passe en revue les diverses variétés toxiques de sumac qui poussent aux États-Unis. Il rapporte plusieurs faits d'intoxication indirecte, le poison étant transporté par une tierce personne qui peut elle-même être indemne de toute manifestation. Au point de vue thérapeutique F. s'est assez bien trouvé de la pâte salicylée de Lassar, mais il recommande surtout les bains et les lotions antiseptiques. W. D.

Eczémas des lèvres et eaux dentifrices (Lippenkzeme und Mundwasser), par A. Neisser. *Therapeut. Monatsh.*, 1898, p. 79.

Chez un jeune garçon de 6 ans, atteint d'un eczéma squameux des lèvres très caractérisé et très pénible, résistant depuis plusieurs mois à tous les traitements, on pensa que l'odol employé comme eau dentifrice était la cause de la maladie des lèvres et de la bouche. Cet eczéma disparut en effet dès qu'on eut cessé l'odol.

On sait que l'odol contient : salol, 3 gr. 5 ; alcool, 90 grammes ; eau distillée, 4 grammes ; saccharine, 0,2 centigrammes, outre diverses essences (menthe poivrée, anis, fenouil, caryophyllées, cinnamone).

L'auteur a eu encore, dans deux autres cas, l'occasion de constater que les huiles éthérées contenues dans les eaux et poudres dentifrices occasionnent parfois des dermatites labiales et péribuccales.

Dans un quatrième cas — chez une jeune femme — la maladie datait de deux ans et était très pénible. Les traitements faits à la clinique pendant plusieurs semaines restèrent sans résultat. La suppression de toutes les eaux et poudres dentifrices contenant des essences de menthe poivrée et de caryophyllées amena, sinon la guérison complète, du moins une amélioration très notable de la maladie. A. Doyon.

Dermatite consécutive aux rayons Röntgen (Dermatitis nach Röntgen-Strahlen), par Plonski. *Dermatolog. Zeitschrift*, 1898, t. V, p. 36.

Ce cas concerne une femme robuste ; sur la moitié inférieure droite de l'abdomen il existe un large ulcère plat, à bords irréguliers, déchiquetés et dont le fond est recouvert d'une couche fibrino-purulente. A la périphérie on voyait, séparés par des îlots de peau rouge infiltrée, un certain nombre d'ulcérations plus petites, de même nature, et une grande quantité de vésicules de la grosseur d'un noyau de cerise et à contenu purulent. La peau environnante est rouge brun foncé, avec de nombreux infiltrats aplatis du volume d'uue tête d'épingle à celui d'un pois.

Voici quel serait, d'après le dire de la malade, l'origine de cet état. Fin février 1897, elle se rendit, au dernier tiers de sa grossesse, dans un institut gynécologique pour demander un conseil au sujet de son futur accouchement. Elle fut alors soumise aux rayons Röntgen; la durée de l'éclairage fut d'une demi-heure; le tube était, d'après la malade, à une distance de 50 centimètres du corps. Dès le lendemain elle éprouva, dans la partie exposée aux rayons, un violent prurit et une sensation de brûlure. La peau

était rouge, recouverte de nombreuses papules et bulles, ces dernières devinrent rapidement purulentes, se rompirent et à leur place il survint des ulcères ; bientôt il se forma une large ulcération, très douloureuse, qui envahit une grande partie du côté droit de l'abdomen.

Dans ce cas on avait affaire à une inflammation de la peau exceptionnellement douloureuse et de longue durée que, d'après son mode de développement, il faut regarder comme une brûlure du deuxième et du troisième degré. Une particularité des brûlures de ce genre est qu'elles n'apparaissent pas immédiatement, mais presque toujours longtemps après l'action de l'agent nocif. Chez cette malade, les premiers phénomènes ne se manifestèrent qu'au bout de 24 heures.

Quant à la cause spéciale de la maladie, les opinions varient beaucoup, toutefois on est plutôt d'avis qu'il faut moins accuser les rayons X eux-mêmes que les courants de haute tension nécessaires pour les produire, qui, surtout quand les tubes sont très rapprochés du corps et principalement si la peau est humide, peuvent facilement passer dans le corps même. Il faut aussi admettre une certaine prédisposition de la peau. A. DOYON.

Cancer cutané.

Cas de cancer cutané traité par l'extrait de chelidonium majus (en russe), par PINKOSLAWSKY. *Medycyna*, juillet 1897.

Dans un cas de cancer cutané de la face ulcéré, récidivé après ablation de la néoplasie, l'auteur, après avoir vainement recouru au thermocautère, eut l'idée de faire des injections interstitielles d'extrait de grande chélidoine (une seringue du mélange à parties égales d'extrait de chelidonium, d'eau distillée et de glycérine ; une injection tous les deux ou trois jours). De plus, l'ulcération était recouverte, après l'injection, de gaze iodoformée, trempée dans un mélange de glycérine et de chelidonium à parties égales. L'auteur a fait en tout 6 injections et 20 pansements. Le résultat obtenu fut des plus brillants. A la place de l'ulcère s'est formé une cicatrice rosée ; les douleurs spontanées, qui avaient été bien intenses, ont complètement disparu. Il n'y a pas eu de récidives depuis environ 7 mois. S. BROÏDO.

Érythèmes.

Variété framboesioïde de l'érythème polymorphe (Intorno ad una nuova varieta, framboesioide, di eritema essudativo polimorfo), par ACH. BREDA. *Atti del R. Istituto veneto di scienze, lettere ed arti*, 1897-98, p. 789.

Femme de 31 ans, ayant contracté la syphilis d'un nourrisson ayant depuis quelques jours une syphilide papuleuse généralisée. A la suite d'une poussée fébrile de quelques heures, développement en deux jours, sur le cou, d'environ 80 éléments rouges, ronds, de la largeur d'une pièce d'un centime ; au bout de 12 à 24 heures, léger soulèvement épidermique sur le contour des zones hyperhémiques, et production de 10 à 20 vésicules cohérentes, de la largeur d'un grain de millet, d'autant plus saillantes qu'on se rapproche plus du centre de l'élément, et formant par leur ensemble une surface vésiculeuse convexe, luisante, rouge jaunâtre, rappelant l'aspect d'une moitié de fraise ou mieux d'une moitié de framboise appliquée

sur la peau normale. Les vésicules se desséchèrent sans suppurer et il se produisit une desquamation suivie de pigmentation persistante. G. T.

Symptômes et nature de l'érythème polymorphe (The symptoms and nature of erythema multiforme), par L. A. Duhring. *Journal of the American medical Association,* 16 avril 1898, p. 898.

1° L'érythème multiforme est une maladie dont l'éruption cutanée est parfaitement caractéristique.

2° Les phénomènes généraux sont souvent très apparents et quelquefois même fort graves.

3° Il faut distinguer l'érythème multiforme des autres formes d'érythème exsudatif, car tous les érythèmes exsudatifs ne sont pas des érythèmes multiformes.

4° Il faut réserver le nom d'érythème multiforme aux éruptions nettement inflammatoires et superficielles; quand les lésions sont franchement hémorrhagiques, la maladie doit être dénommée purpura.

5° L'érythème multiforme est souvent une maladie infectieuse, ainsi que le démontrent les phénomènes locaux et généraux. W. D.

Lèpre.

Des lépreux en Russie (en russe), par Grebenschtchikoff. *Journal Russe d'Hygiène publique*, juillet 1897.

La lèpre se rencontre dans tous les départements de la Russie. Mais elle se propage surtout sur les côtes maritimes. Les lépreux sont très nombreux dans les provinces Baltiques et toutes celles qui se trouvent sur les côtes des mers qui entourent la Russie, au Caucase, dans les régions de Samarkand et de Fergan. Dans 41 départements, sur 58 millions d'habitants on compte 1,200 lépreux, ce qui donne la proportion de 2 p. 100,000. Dans le gouvernement de Liflande et dans la région de Yakoutsk c'est la lèpre maculeuse qui prédomine ; dans toutes les autres régions c'est la lèpre tubéreuse. La lèpre est un peu plus fréquente parmi les hommes, qui sont frappés surtout entre 20 et 30 ans ; les femmes entre 30 et 40 ans. Dans 28 p. 100 des cas on a pu constater la transmission héréditaire. Quant à la contagion, elle n'a pu être démontrée que dans un seul cas où une mère a contracté la lèpre en soignant son fils malade. L. Broïdo.

La lèpre dans les Indes orientales hollandaises au XVIIe siècle, par Van Dorssen (Java). *Janus*, décembre 1897 et janvier-fév. 1898.

Cet article est extrêmement intéressant et bien documenté. L'auteur démontre à l'évidence que les médecins hollandais, surtout Willem ten Rhijne qui a écrit un traité remarquable sur l'histoire de la lèpre dans les Indes orientales, a constaté et su diagnostiquer autour de l'an 1685 les deux formes de la lèpre à Batavia.

Il est extrêmement intéressant de constater que notre connaissance de la lèpre maculo-anesthésique ainsi que de la lèpre mutilante ne devrait pas être attribuée aux auteurs norvégiens Boeck et Danielssen. Ce fait est loin de diminuer la valeur scientifique desdits auteurs, qui n'ont pas connu les travaux de ten Rhijne, publiés en hollandais. Boeck et Danielssen ont été assez sages pour publier leur célèbre « Traité de la Spedalskhed » (mal d'hôpital) en même temps en danois et en français.

Je profite de l'occasion pour certifier que Danielssen est de Bergen (Norvège) et non pas de Stockholm (les auteurs français ont l'habitude de le considérer comme suédois).

Mais ten Rhijne a l'avantage sur les deux norvégiens d'être contagionniste. E. EHLERS.

Ongles.

Onychogryphose trichophytique (L'onicogrifosi tricofitica), par R. CENSI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. 1, p. 5.

C. rapporte deux observations d'onychogryphose des orteils, l'une chez une femme de 76 ans, l'autre chez une femme de 29 ans ; les ongles atteints, volumineux, recourbés, irréguliers, noirâtres, plus ou moins détachés de leur base, ont montré à l'examen microscopique des filaments mycéliens et des spores.

C., se basant sur le caractère plutôt atrophique des lésions des ongles dans le favus et sur ce fait que dans le favus des ongles il y a ordinairement coexistence de lésions faviques du reste du tégument, pense qu'il ne peut s'agir que de trichophytie ; mais il n'a pas fait de cultures, ce qui ôte une grande valeur à ses observations. G. T.

Dystrophie unguéale hystérique, par MOTY et FROMONT. *Bulletin de la Société centrale de médecine du département du Nord*, 25 février 1898, p. 33.

Homme de 23 ans, atteint depuis quatre années de lésions des ongles. Actuellement, les ongles des mains sont tous atteints, à l'exception d'un seul. Les ongles les moins atteints ne présentent d'autre lésion qu'un liséré noirâtre, épais d'un millimètre à leur extrémité libre, liséré formé non par des détritus organiques, mais par une substance extrêmement dure, blanc grisâtre, qui se laisse difficilement entamer ; il n'y a pas de modifications des parties entourant l'ongle. Sur les ongles moyennement atteints, le liséré noir est plus large, a 1 millimètre et demi à 3 millim. d'épaisseur, soulève l'ongle qui est un peu mobile ; l'ongle détaché est verdâtre sombre, avec de petites taches gris sale, ou couleur de sang extravasé. Sur les ongles fortement atteints, la couche noirâtre a envahi tout le lit, l'ongle soulevé dans toute son étendue ne tient plus qu'au niveau de la lunule ; il est, dans toute son étendue, d'un vert sombre, fortement bombé, un peu épaissi, dur et résistant ; au-dessous de lui, on voit une couche noirâtre qui recouvre un ongle nouveau en voie de développement. Les ongles enlevés ne présentent aucune lésion microscopique.

Le malade présentant quelques stigmates hystériques (plaques d'hyperesthésie, absence de réflexe pharyngé), les auteurs attribuent à l'hystérie cette dystrophie unguéale à laquelle ils n'ont pu trouver aucune autre cause. G. T.

Parasites divers.

Sur quelques affections parasitaires observées en Algérie, par E. LEGRAIN. *Archives de parasitologie*, janvier 1898, p. 148.

L'auteur rapporte sommairement le résultat de ses recherches sur quelques affections parasitaires rares qu'il a eu l'occasion d'observer en Algérie.

L'éléphantiasis tend à disparaître de l'Algérie : on en rencontrait autrefois un grand nombre à Alger et actuellement on n'en voit plus que de temps à autre ; il en est de même à Constantine ; l'auteur pense que cette diminution de fréquence tient à une modification des propriétés biologiques du streptocoque.

L'auteur a observé dans le Sahara une affection ayant tous les caractères de la *pinta* (voir *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 455) et en reproduit une photographie.

L'actinomycose a été observée à plusieurs reprises en Algérie, et l'auteur l'a vue dans 3 cas affecter le maxillaire inférieur sous la forme kystique.

Le mycétome a été rencontré une douzaine de fois en Algérie, chez des indigènes de la Kabylie; on n'en a pas encore signalé sur les hauts plateaux ni dans les oasis sahariennes. L'auteur en reproduit 2 photographies.

L'auteur a observé en Kabylie plusieurs cas d'une affection qu'il avait classée dans les granulomes infectieux ou les sarcomes à petites cellules rondes et qui présente de grandes analogies avec la description que Poncet a donnée de la *botryomycose*. Il en rapporte deux observations, accompagnées de photographies; dans les deux cas, il s'agit de tumeurs volumineuses de la face dorsale de la main, ayant débuté dans un cas au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius et dans l'autre au niveau d'une amputation accidentelle de l'index, tumeurs à évolution très rapide, ayant récidivé très rapidement dans le premier cas.

Une dernière photographie reproduit les lésions d'une *mycose innominée* occupant le pied, développée chez un Kabyle, différant du mycétome par la largeur des ulcérations, rappelant l'actinomycose par l'existence de petites masses friables d'un blanc grisâtre, parfois légèrement jaunâtre, lesquelles étaient constituées par des filaments radiés, enchevêtrés, souvent terminés en massue et se colorant par la méthode d'Ehrlich. G. T.

Dermatite blastomycétique. (Preliminary report of a case of blastomycetic dermatitis), par GIDEON WELLS. *New-York medical Journal*, 26 mars 1898, p. 427.

Le malade est un cultivateur de 40 ans, né dans l'Iowa. Il n'a pas d'antécédents pathologiques, sa femme et ses 5 enfants se portent bien, sa santé générale est bonne ; les poumons sont sains, il n'y a pas d'adénopathie.

La maladie cutanée a débuté depuis 11 ans par un petit bouton sur la face dorsale de la première phalange du petit doigt de la main gauche. Ce petit bouton s'est transformé en un ulcère qui s'est graduellement étendu sur tout le dos de la main et de la face dorsale de la première phalange de presque tous les doigts, en respectant complètement la face palmaire. Les lésions ont parfois rétrocédé en laissant une cicatrice fragile qui ne tardait pas à être de nouveau envahie.

Les lésions présentaient l'aspect d'une nappe de fongosités atteignant parfois trois quarts de pouce d'épaisseur, d'un rouge foncé, semée de petites masses caséeuses grosses comme une tête d'épingle ; la surface se couvrait rapidement d'une croûte peu adhérente. Sous l'influence d'un pansement humide, cette nappe de fongosités prenait un aspect criblé comme un rayon de miel. La douleur, très vive pendant la nuit, s'atténuait le jour assez pour permettre au patient de continuer son travail. Les infections

secondaires assez fréquentes provoquaient des abcès volumineux. La lésion de la main est toujours restée unique et il n'y a pas eu d'auto-inoculation en d'autres points du corps.

Le diagnostic de tuberculose cutanée fut fait sans hésitation, mais tous les traitements par les caustiques étant restés impuissants, on finit par enlever toutes les parties malades et combler la perte de substance par une autoplastie.

Les cultures ne fournirent que des staphylocoques pyogènes. Les inoculations à des lapins produisirent des abcès mais pas d'infection générale ou ganglionnaire.

Examen microscopique. — L'épiderme est épaissi et envoie dans le derme de longs prolongements ramifiés et contournés, de sorte qu'ils se présentent sur les coupes dans les positions les plus diverses et jusqu'à une profondeur de 4 millimètres. La couche cornée est épaissie, infiltrée, soulevée par places par des fissures ou des amas de détritus granuleux. La couche de Malpighi est très épaissie, de structure normale mais œdématiée, infiltrée de cellules migratrices et criblée d'abcès miliaires. Ces abcès sont remplis par des leucocytes et ils ne font qu'écarter les cellules épithéliales sans les détruire, on y trouve parfois des cellules géantes, formées aux dépens soit des leucocytes, soit des cellules épidermiques. Dans chacun de ces abcès on trouve quelques parasites.

Le derme a l'aspect du tissu de granulation, on y trouve partout de nombreux leucocytes polynucléaires, les vaisseaux sanguins sont nombreux et dilatés. On y trouve un bon nombre de cellules géantes, tout à fait identiques à celles de la tuberculose, mais creusées de vacuoles et dépourvues des zones concentriques caractéristiques du follicule tuberculeux.

Les parasites se trouvent surtout dans les abcès miliaires de l'épiderme et du derme, on en trouve aussi quelquefois dans les cellules géantes ou bien disséminés dans le derme, mais toujours il y a des manifestations inflammatoires dans leur voisinage. Les parasites complètement développés montrent quatre zones concentriques : 1° Une capsule extérieure se présentant comme une ligne sombre très nette ; 2° Une zone transparente d'épaisseur variable ; 3° Une zone de protoplasme granuleux, se colorant par le bleu de méthylène ou l'hématoxyline ferrugineuse, mais pas par les méthodes de Gram ou de Gabbet ; 4° Une vacuole centrale qui est inconstante.

La multiplication des parasites se fait par bourgeonnement ; ils sont toujours extra-cellulaires, à l'exception de ceux qui sont dans les cellules géantes et qui ne présentent, du reste, aucun signe de dégénérescence.

L'examen microscopique non plus que les inoculations n'ont pas fait trouver de bacilles tuberculeux.

Ce cas est tout à fait analogue à ceux publiés par Gilchrist et très différent de ceux de Busse. Il n'est pas encore possible de distinguer cliniquement cette maladie de la tuberculose cutanée. W. D.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Acide acétique.

Formulaire de l'acide acétique (Zur Verschreibung der Essigsäure), par P. G. Unna. *Monatsh f. prakt. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 137.

Unna recommande les formules suivantes :

Pommade rafraîchissante :

Graisse de laine	ââ 7 gr.
Acide acétique dilué	
Graisse benzoïnée	

Pâte avec la graisse :

Graisse de laine	6 gr.
Acide acétique dilué	7 »
Graisse benzoïnée	2 »
Kaolin	6 »

Pâte avec la glycérine :

Glycérine	5 gr.
Acide acétique dilué	7 »
Kaolin	9 »

La pâte suivante donne de très bons résultats dans le traitement de l'acné :

Graisse de laine	6 gr.
Acide acétique dilué	7 »
Graisse benzoïnée	6 »
Soufre précipité	2 »

Toutes ces formules contiennent 7 gr. d'acide acétique dilué sur une masse de 21 grammes, par conséquent 10 p. 100 d'acide acétique privé d'eau et constituent par suite des préparations concentrées de vinaigre. Si l'on remplace l'acide acétique dilué par une proportion équivalente de vinaigre, on obtient des préparations faibles avec 2 p. 100 d'acide acétique anhydre. A. Doyon.

Captol.

Nouvelles expériences sur le captol (Ueber meine Neiterer Erfahrungen mit Captol), par J. Eichhoff. *Dermatol. Zeitschrift*, 1898, p. 25.

Le captol est un produit de condensation du tanin et du chloral ; à l'état de pureté c'est une poudre brun foncé, hygrométrique, presque insoluble dans l'eau froide, mais par contre facilement soluble dans l'eau chaude et l'alcool. Le captol n'est pas influencé par les acides, il est au contraire décomposé par les alcalis et prend alors une teinte foncée; chauffé avec la lessive de soude et l'aniline, il donne une réaction isonitrile intense.

Le captol agit d'une façon remarquable sur la séborrhée du cuir chevelu accompagnée de prurit, de desquamation et de chute consécutive des cheveux.

Des lotions avec une solution alcoolique de captol à 1 p. 100 constituent

un très bon moyen prophylactique contre la séborrhée du cuir chevelu.

L'auteur, en raison de la facile décomposition du captol et comme d'autre part l'indication de ce remède comme antiséborrhéique du cuir chevelu est très limitée, a donné la formule d'une préparation dans laquelle le captol est dans un état constamment uniforme.

Voici la formule de son eau capillaire au captol:

Captol	ââ 1 gr.
Hydrate de chloral	
Acide tartrique	
Huile de ricin	0,5 décig.
Alcoolat de lavande	Q. s.
Esprit de vin (65 p. 100)	100 gr.

Dans cette préparation le captol agirait uniquement comme antiséborrhéique, le chloral libre comme antiseptique pour atténuer le prurit. l'esprit de vin empêcherait la formation des taches sur les linges contenant du fer, l'huile de ricin ne constituerait qu'un moyen mécanique.

Eichhoff conseille également une solution alcoolique concentrée contenant 25 p. 100 de captol pur avec laquelle on peut faire préparer une eau captolique qui peut répondre à toutes les indications.

Il faut éviter de mélanger aux solutions de captol des liquides alcalins et des sels métalliques.

Quand on veut prescrire le captol simplement comme prophylactique, c'est-à-dire l'employer périodiquement pendant longtemps, d'une manière plus ou moins régulière, l'auteur proposerait de supprimer dans la préparation le chloral libre, peut-être par crainte sans doute exagérée d'une résorption.

Eichhoff conseillerait d'ajouter encore à la préparation un ou deux autres spécifiques, par exemple la résorcine et l'acide salicylique.

Voici la formule:

Captol	ââ 1 gr.
Acide tartrique	
Résorcine	
Acide salicylique	0,7 décigr.
Huile de ricin	0,5 »
Alcoolat de lavande	Q. s.
Esprit de vin (65 p. 100)	100 gr.

Pour toutes ces formules il faut se borner à les employer sur le cuir chevelu une ou deux fois par jour en petite quantité, à l'aide du creux de la main, d'une petite éponge ou d'une brosse, on frictionne ensuite avec la main le cuir chevelu jusqu'à ce qu'il soit sec.

L'emploi du captol ne dispense pas des soins habituels du cuir chevelu. Ainsi l'auteur conseille, dans les cas où ce remède est employé comme prophylactique, de laver les cheveux une ou deux fois chaque semaine avec un bon savon et d'appliquer l'eau capillaire au captol une fois par jour ou seulement tous les deux jours. Mais s'il y a déjà de la séborrhée, il faut employer, au lieu de savon ordinaire, un savon gras au soufre et à

l'acide salicylique ou un savon gras au soufre, camphre et baume du Pérou. Avoir soin de faire tenir les cheveux assez courts.

Dans les cas où la maladie se rapproche de l'eczéma séborrhéique, Eichhoff recommande la pommade suivante :

Captol / Acide tartrique	ââ 1 à 2 gr.
Lanoline	5 gr.
Vaseline	90 »
Alcoolat de lavande	Q. s.

ou une pommade au soufre et au captol.

Captol / Acide tartrique	ââ 1 à 2 gr.
Soufre citrin	5 gr.
Lanoline	5 »
Vaseline	85 »
Alcoolat de lavande	Q. s.

Après l'application de la pommade, on recouvre la tête avec un bonnet de caoutchouc ou de toile cirée. Le lendemain la tête est lavée au savon. On emploie, si cela est nécessaire, l'eau capillaire comme il a été dit. Selon l'auteur, le captol a une influence plus rapide sur la séborrhée sèche que sur la séborrhée huileuse. A. Doyon.

Cataphorèse.

De la cataphorèse (Beitrage zur Kataphorese), par Karfunkel. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 13.

On désigne sous le nom de cataphorèse la propriété du courant constant de faire passer des liquides du pôle positif au pôle négatif à travers des cloisons poreuses humides présentant des espaces capillaires. L'idée d'introduire de cette manière, par la peau intacte, dans l'organisme humain des médicaments en solution, a déjà donné lieu dans le siècle passé à de nombreuses recherches. L'auteur donne ensuite un résumé des travaux qui ont été publiés sur cette question. Malgré de nombreuses expériences la cataphorèse n'est pas encore acceptée par tous les auteurs.

Dans ses recherches l'auteur a employé un courant de 5 à 20 milliampères dont l'application allait jusqu'à une heure. Les expériences réussirent avec la strychnine, le carbonate de lithine, la quinine, l'apomorphine et l'iodure de potassium, tandis que les expériences de contrôle avec le courant seul, l'application de petites compresses imbibées du médicament, des badigeonnages avec la solution donnèrent un résultat complètement négatif. Pour réussir dans ces expériences, il faut tenir compte de ce fait que la rapidité de la transmission du liquide diminue avec le temps et qu'environ 10 minutes après que le courant est établi il n'entre plus qu'une très petite quantité de liquide dans le corps et que la transmission finit par cesser complètement. Aussi l'auteur a-t-il placé le remède aux deux électrodes et toutes les 5 minutes il changeait la direction du courant. Dans tous les cas, il ressort des expériences de Karfunkel que la

cataphorèse électrique est réellement démontrée, mais que la proportion des médicaments absorbés est très faible.

Il est peu probable que l'emploi de la cataphorèse se généralise ; on possède d'autres moyens plus simples et plus pratiques pour l'absorption des médicaments. On pourrait toutefois essayer ce procédé pour l'application locale de la cocaïne dans les cas d'épilation, d'excision et d'extraction de dents, peut-être aussi dans certaines maladies parasitaires de la peau.

L'auteur termine son mémoire en indiquant les résultats favorables obtenus avec l'emploi des bains électriques. A. Doyon.

Cocaïne.

Sels de cocaïne et cocaïne (Kokainsalz und Kokainbase), par P. G. Unna. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 239.

On a recommandé l'emploi de la cocaïne pour l'anesthésie des ulcères, rhagades et plaies de toute nature, on peut l'utiliser aussi, comme anesthésique local, avant la cautérisation des surfaces lupiques et des ulcères des jambes, etc.

Unna conseille la poudre suivante sur les parties excoriées et érodées :

Hydrochlorate de cocaïne....................	0,5 à 1 gr.
Magnésie carbonatée.............................	10 gr.

Ou bien on poudre une couche d'ouate humide qu'on applique sur la plaie. Après le poudrage on place une couche d'ouate humide sur les surfaces cocaïnisées, que le malade doit comprimer doucement pendant 10 à 15 minutes avant qu'on ne fasse la cautérisation, ou qu'on applique un emplâtre douloureux.

La cocaïne sous forme de poudre a l'avantage d'être doublement économique. D'abord avec l'emploi du sel de cocaïne en poudre, qui ne se dissout que lentement, chaque parcelle de la poudre agit, puis elle ne s'altère pas à la longue comme dans les solutions.

Unna a obtenu de bons résultats de l'alcaloïde pur, cocaïne pure, dans les cas de prurit non compliqués, principalement chez les personnes âgées ; il emploie une solution éthérée ou éthérée alcoolique de 1 à 2 p. 100. Avec cette solution il fait simplement lotionner les surfaces malades ou pulvériser avec le spray, ou bien additionnée à une petite quantité de collodion, on l'applique sous forme de badigeonnages pour en prolonger l'action.

Il faut, selon l'auteur, préférer la cocaïne pure aux sels de cocaïne dans tous les cas où on a affaire à une couche cornée bien conservée ou peu lésée, donc principalement dans toutes les variétés de prurit et les paresthésies, dans les eczémas avec violent prurit, surtout dans les eczémas prurigineux avec effets de grattage caractérisés, dans le zoster et dans bon nombre de formes de lichen plan, concurremment avec le traitement spécial de ces dermatoses. Dans les derniers cas on peut également prescrire la cocaïne sous forme d'huile, ou, s'il y a épaississement de la couche cornée, sous forme de savon :

	Cocaïne pure	1 à 2 gr.
	Éther alcoolique	50 »
	Collodion	1 »
ou:	Cocaïne pure	1 »
	Savon onctueux	50 »
ou encore:	Cocaïne pure	1 »
	Huile d'amandes	50 »

A. Doyon.

Crayons épilatoires.

Crayons résineux pour l'épilation (Harzstifte [Stili resinosi] zum Enthaaren), par P. G. Unna. *Monatsh. f. prak. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 26.

L'auteur recommande pour l'épilation de districts circonscrits de la peau un crayon de colophane avec 10 p. 100 de cire jaune. Voici comment on l'utilise: on le chauffe rapidement à la flamme comme un bâton de cire à cacheter et on l'applique ensuite doucement sur la peau. Dès qu'il est refroidi on le retire d'un coup sec en suivant la direction des poils; toutes les racines restent adhérentes à l'extrémité du crayon. Ce mode d'épilation est rapide et relativement peu douloureux, en tout cas beaucoup moins qu'avec la pince à épiler; il ne détermine sur la peau qu'une sensation de douleur très légère et très passagère.

Unna le conseille dans les cas suivants : tout d'abord dans le favus. Ce crayon épilatoire représente ici en petit une calotte de poix et on peut l'employer concurremment avec les autres espèces de traitement (goudron, iode, sublimé), de telle sorte qu'on peut épiler successivement, d'abord chaque jour, ensuite plus rarement les points malades ou douteux.

L'auteur utilise souvent le crayon à épiler dans les cas de sycosis coccogène, soit dans un but thérapeutique, soit pour pouvoir se rendre rapidement compte de l'étendue de la maladie. Enfin le crayon a une très grande utilité pratique pour épiler au point de vue esthétique les poils des nævi de la face.

A. Doyon.

Formaline.

Formaline, par P. G. Unna. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 198.

Différents auteurs ont avec raison recommandé la formaline contre l'hyperhidrose et l'osmidrose; Unna l'a employée à plusieurs reprises contre ces maladies, principalement contre l'osmidrose axillaire, sous forme d'eaux de toilette avec un linge (Wischwässern) et des pommades rafraîchissantes (Kühsalben).

Graisse de laine	20 gr.
Sol. de formaline	10 à 20 gr.
Vaseline	10 gr.

L'action instantanée de ces préparations est en effet évidente tant sous le rapport de l'odeur que de l'humidité exagérée. Toutefois la guérison radicale est rare ; dans l'hyperhidrose des mains Unna ne l'a jamais obser-

vée. Pour obtenir tout au moins une action palliative durable et agréable, il emploie un savon gras de formaline à 5 p. 100. On peut recommander l'usage habituel de ce savon dans l'osmidrose et l'hyperhidrose ; mais particulièrement pour nettoyer les mains qui ont été en contact avec des substances putrides, après les nécropsies, etc.

Unna conseille aussi d'ajouter à l'alcool dénaturé de 2 à 20 p. 100 d'une solution ordinaire de formaline, afin de supprimer l'odeur de pyridine qui se dégage pendant la combustion de l'alcool, odeur qui est très désagréable et donne souvent lieu à des malaises et à des maux de tête.

A. DOYON.

Iodoformogène.

Iodoformogène (préparation iodoformique inodore) (Iodoformogen, ein geruchloses Iodoformpräparat), par E. KROMAYER. *Berlin. klin, Wochensch.*, 1898, p. 217.

L'iodoformogène (d'albuminate d'iodoforme inodorant) consiste principalement en albumine et iodoforme. Mais il contient encore des traces d'iode libre, peut-être aussi des faibles quantités d'iodure alcalin qui proviennent du contenu alcalin de l'albumine. C'est une poudre jaune clair, insoluble dans l'eau et qui peut être stérilisée à 100°. Cette poudre est très fine, sèche et ne s'agglomère pas. Son poids est trois fois plus léger que celui de l'iodoforme. Le principal avantage de cette préparation consiste en ce que son odeur faible sous les pansements, même dans les cas de plaies relativement étendues, n'est pas appréciable.

L'iodoformogène a les mêmes propriétés que l'iodoforme pour la guérison des plaies et des ulcères, sans avoir son odeur pénétrante. L'auteur rapporte ensuite trois cas dans lesquels l'emploi de l'iodoformogène amena rapidement la détersion des plaies (gommes ulcérées, ulcères de la langue et fissures anales chez un hémorrhoïdaire). Le résultat fut très rapide, car au bout de 10 jours des granulations de bonne nature apparurent sur toutes ces ulcérations.

Kromayer a traité avec l'iodoformogène plus de 100 malades et il a acquis la conviction que l'iodoformogène a réellement une action iodoformique caractérisée.

Cette préparation favorise essentiellement la production de granulations de bonne nature et une épidermisation épithéliale rapide.

De ses expériences il résulterait que provisoirement l'iodoformogène constituerait la meilleure poudre pour les plaies ; en raison de ce qu'il est relativement sans odeur, il constitue le mode d'emploi le plus rationnel de l'iodoforme pour l'usage externe.

A. DOYON.

Tuberculine.

Emploi thérapeutique de la tuberculine R (Ueber die therapeutische Verwendung des Tuberculin R), par SCHEUBER. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLII, p. 214 et 378.

L'auteur, à la clinique de Pick, a traité 32 malades avec la tuberculine R. Ces malades (18 femmes et 14 hommes) étaient atteints de dermatoses lupiques, scrofuleuses et tuberculeuses. Chaque jour, entre 9 et 10 heures

du matin, on faisait les injections en prenant toutes les précautions aseptiques et antiseptiques nécessaires. Au début on commençait par la dose minima indiquée par Koch, c'est-à-dire 0,000002 ; les dilutions étaient préparées immédiatement avant les injections àvec une solution physiologique de chlorure de sodium. D'ordinaire on élevait la dose tous les deux ou trois jours.

Sous l'influence de ces injections il se produisait une élévation de température, avec accélération du pouls et de la respiration. Très rarement on a observé de la cyanose ; mais très fréquemment des frissons, dans quelques cas seulement l'abaissement de la température prenait un caractère critique, avec sueurs abondantes. Pas d'augmentation des leucocytes, parfois albuminurie passagère. Du côté de l'estomac et de l'intestin il survenait si rarement et si irrégulièrement des troubles qu'on pouvait les regarder comme accidentels.

Bien plus fréquemment l'auteur a observé à plusieurs reprises des éruptions d'herpès, des érythèmes circonscrits ou disséminés. Quant aux symptômes au niveau des foyers tuberculeux, ils ne consistaient au début du traitement qu'en rougeurs ; ils apparaissaient en général avant le maximum de la température.

Dans la plupart des cas ces symptômes n'atteignaient que les parties malades, parfois cependant il se produisait aussi des zones érythémateuses sous forme d'aréole autour des foyers morbides.

En connexion avec ces rougeurs il y avait quelquefois une légère desquamation des foyers morbides.

Dans le cours du traitement les infiltrats et les papules disparaissaient partiellement, mais jamais complètement ; il y avait constamment des restes du processus primitif qui permettaient encore de faire le diagnostic de lupus. Dans un certain nombre de cas on constatait un commencement de cicatrice à l'intérieur des foyers morbides ; le tissu malade se reformait partiellement, cependant le plus souvent ce résultat n'amenait pas d'amélioration ultérieure. On eût dit que du moment où une cicatrisation partielle se produisait, le processus restait réfractaire désormais à l'action salutaire des injections.

D'après Koch, la dose maxima est de 20 milligrammes ; chez les adultes on a toujours pu atteindre cette dose ; chez les enfants l'auteur tenait compte de leur âge, du poids du corps et on était obligé, par suite de la réaction générale, de s'arrêter à une dose inférieure.

Après avoir cité en détail 32 observations de malades traités avec la tuberculine R, l'auteur résume les résultats auxquels il est arrivé :

Une injection de tuberculine presque toujours détermine une réaction. D'ordinaire il se produit des réactions dans les points injectés ainsi que dans les foyers morbides.

Une réaction générale qui se manifeste par une élévation de température parfois très considérable, ne peut jamais être évitée avec certitude, même si on élève très prudemment les doses ou si on se borne à renouveler la même dose.

Au début d'une cure d'injections on arrive à un certain degré d'amélioration, mais jamais à la guérison des foyers locaux.

Une dose de 20 milligrammes ne suffit pas à faire disparaître le processus, et, même avec des doses plus élevées, on ne saurait s'attendre à une guérison complète ; l'amélioration ne se manifeste qu'au début du traitement et le processus reste le plus souvent stationnaire vers la fin.

Dans une série de cas l'auteur a pu se convaincre, à la suite de récidives, qu'une cure complète d'injections, même avec extirpation du tissu malade, n'entraînait pas l'immunisation. Jusqu'à quel point cette immunisation a-t-elle eu lieu dans les autres cas? on ne pourrait décider qu'après une plus longue observation.

Le traitement avec la nouvelle tuberculine R ne présente par conséquent aucun avantage essentiel sur l'ancienne tuberculine, avec laquelle, à dose égale, elle présente les mêmes inconvénients. Le traitement est de plus onéreux en raison de sa longue durée et du prix élevé du remède. Les complications qu'on a observées indiquent en outre qu'il ne faut employer cette cure que cliniquement si cela est possible, attendu qu'une surveillance très vigilante est indispensable si on veut être à l'abri de surprises désagréables. A. DOYON.

La tuberculine en dermatologie (Tuberculin in dermatology), par A. RAVOGLI, 1897.

La tuberculine est un moyen de diagnostic précieux et fidèle. La réaction peut se montrer une fois sur 5 chez des malades non tuberculeux, mais son absence est une preuve certaine de l'absence de toute lésion tuberculeuse.

R. rapporte deux cas de lupus érythémateux généralisé et un cas d'ichtyose hystrix systématisée suivant des trajets nerveux dans lesquels la tuberculine amena une guérison complète qu'aucun traitement n'avait pu donner.

La tuberculine ancienne lui a toujours donné de meilleurs résultats que la nouvelle. W. D.

REVUES DES LIVRES

Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, par le D[r] EDMOND FOURNIER. 1 vol. in-8° de 368 pages avec 8 figures et planches. Paris, Rueff, 1898.

Je souhaite, dans l'analyse qui va suivre, de donner au lecteur, une idée exacte de la valeur de la thèse inaugurale d'Ed. Fournier : Cet ouvrage, divisé en 8 chapitres, repose sur 400 observations, de source sûre, d'un intérêt réel, choisies minutieusement et judicieusement dans la littérature française et étrangère pour bien marquer que les faits exposés ont frappé les cliniciens de toutes nationalités, portant sur plusieurs générations de malades, comme il est possible de le faire dans la clientèle de ville, contrairement à ce qui a lieu à l'hôpital, où les malades ne font que passer, où les ascendants et les collatéraux demeurent inconnus, et où l'exactitude et le contrôle publics ne peuvent empêcher qu'on n'enregistre que des faits isolés et des épisodes morbides.

La méthode suivie dans la confection de ce livre est celle qui inspire confiance et sème ou prépare les convictions : les observations, lentement et dès longtemps accumulées, recueillies sans parti pris, sont analysées avec rigueur et sont habilement classées ; les conclusions découlent clairement de faits dont le nombre, la fréquence, l'enchaînement et l'identique reproduction dans les séries analogues, ne peuvent pas ne pas avoir de signification et de portée réelles. Ainsi, de par l'observation simple et la clinique, de nouveaux horizons s'ouvrent à la science médicale, certains points dont la vérité éclate sont acquis et l'on ne peut nier que ce soit bien l'une des voies les plus sûres par lesquelles le progrès peut s'accomplir.

La syphilis a deux modes de conséquences héréditaires : 1° la transmission de la syphilis en nature, en substance ; 2° la transmission de divers caractères pathologiques n'ayant plus rien de syphilitique en soi et consistant, ou bien en des infériorités natives de constitution, de tempérament, de résistance vitale, ou bien en des retards, des arrêts, des imperfections ou des déviations du développement physique intellectuel (ou moral), pouvant aboutir à des malformations et même à des monstruosités. La première de ces hérédités constitue l'hérédité syphilitique proprement dite. La seconde a reçu les noms, divers mais synonymes, d'hérédité parasyphilitique, dystrophique, etc. Ces deux modalités de l'hérédité spécifique n'ont rien d'incompatible ; on les observe souvent associées sur un même sujet ; mais, elles sont indépendantes et peuvent s'exercer isolément : c'est l'*hérédité dystrophique* qui est particulièrement étudiée ici. On en peut dès maintenant mesurer l'importance médicale et sociale. Souvent toutes les autres données font défaut ; les stigmates héréditaires sont les seuls éléments par où l'observateur peut faire le diagnostic de la cause du mal et indiquer le remède. Et même, comme dans l'*hérédo-syphilis directe*, proche ou lointaine, il n'y a parfois pour guider le médecin

qu'un seul des symptômes, il peut n'exister dans l'*hérédité dystrophique* qu'une seule des manifestations de dégénérescence. En fait, si le tableau symptomatique est rarement complet, la règle est que soient associés plusieurs stigmates de dégénérescence.

Les dystrophies d'origine hérédo-syphilitique constituent des modalités d'ordre général, portant sur tout l'être, ou bien ne l'intéressant que partiellement, en l'affectant dans un système dans un segment de système, voire dans un seul organe, isolément et avec tous ses degrés, pouvant aller de la simple vulnérabilité à la malformation monstrueuse.

On connaît les *dystrophies d'ordre général :* chétivité native dont A. Fournier a décrit le degré extrême sous le nom d'inaptitude à la vie; athrepsie, convulsions, retard de développement, croissance, marche, parole, infantilisme, réduction de taille, gracilité de formes ; on trouve dans cette famille la polynatalité et la polymortalité des frères et sœurs.

Le tableau se complète par la présence des *symptômes* divers, résultantes de lésions localisées. Certains organes demeurent imparfaits ; eux aussi restent infantiles, tels les organes génitaux, chez la femme aussi bien que chez l'homme : retard, absence même du système pileux, des seins, des menstrues, etc. Déformation des os, du thorax, des tibias comme du crâne qui est ou trop grand ou trop petit, ou encore anormalement conformé, et bosselé ; asymétrie faciale, strabisme, nez aplati à la base, palais ogival, implantation défectueuse, malformation, atypie, érosions, absence de plusieurs dents. L'intelligence peut subir des troubles correspondants aux anomalies somatiques et rester presque nulle. Le rachitisme osseux est fréquent. Il y a lieu de noter que sur plusieurs enfants de la même famille, l'aîné, par exemple, peut ne rien avoir, se trouvant plus près de l'influence thérapeutique reçue par le père avant son mariage, le second enfant pouvant au contraire être marqué d'une tare hérédo-spécifique. Ces tares peuvent d'ailleurs exister en dehors de tout accident directement syphilitique. Ex. : fœtus nain, issu d'un père syphilitique ; l'épiderme y semble à peine constitué, etc., mais le petit être, qui ne vécut que quelques minutes, était indemne de toute manifestation extérieure de syphilis (obs. 18), et pourtant il meurt de syphilis ! Il s'agit dans un autre cas d'un enfant microscopique ; s'il y a survie, c'est le nanisme qui est produit. « J'ai également vu des hommes hérédo-syphilitiques, dit Hutchinson, dont l'appareil génital était tout à fait rudimentaire. »

Il y a de par la syphilis des ascendants une *dystrophie osseuse* qui empêche les os d'acquérir leur résistance normale, d'où les incurvations variées en rapport avec les compressions subies, comme dans le rachitisme ordinaire ; ce qui ne veut pas dire qu'il y a lieu de confondre des symptômes analogues dans une seule et même étiologie : ce qu'il faut retenir, si l'on veut rester dans la réalité, c'est que l'appareil symptomatique du rachitisme osseux constitue une expression fréquente de l'hérédité syphilitique. Très communément d'ailleurs le rachitisme s'associe sur les hérédo-syphilitiques à diverses manifestations de la syphilis. On a pu voir le rachitisme et la syphilis alterner leurs manifestations sur plusieurs enfants issus de parents syphilitiques (obs. 23). Il y a même une observation (obs. 20) de rachitisme tardif chez un adulte hérédo-syphilitique. Avec les troubles de

développement du système osseux se pose la question de l'étiologie des exostoses ostéogéniques se rencontrant sans rareté chez des sujets hérédo-syphilitiques ou porteurs de divers stigmates d'un développement entravé. Il est possible que l'hérédité syphilitique ne fasse qu'en favoriser la production. Je me rappelle en avoir publié un cas deux fois héréditaire, la mère et la grand'mère ayant comme la petite-fille, de ces exostoses ; je ne sais si l'aïeul, qui est mort jeune de tuberculose, avait eu la syphilis ; mais la grand'mère est morte urémique avec sclérodermie généralisée. Ce qu'il faut retenir c'est l'hérédité possible des exostoses ostéogéniques, comme celle du goitre, dans certaines familles.

Le chapitre des *dystrophies partielles* est des plus documentés et des plus intéressants : bosselures frontales, asymétrie faciale, crâne natiforme (obs. 28), synostoses crâniennes, anomalies crâniennes, acrocéphalie, dolichocéphalie, scaphocéphalie, microcéphalie avec ou sans atrophie cérébrale, idiotie (obs. 35), surdi-mutité, cécité, etc. Et pourtant, telle est la variété des influences para-hérédo-syphilitiques que beaucoup de petits héréditaires sont suffisamment intelligents. Notons l'importante étude des hydrocéphalies d'origine hérédo-syphilitique; qu'elle dérive de lésions dûment syphilitiques (obs. 66) ou qu'elle procède de dystrophies parasyphilitiques, l'hydrocéphalie devra dorénavant attirer l'attention du praticien vers l'hérédo-syphilis.

Un stigmate, signalé par Fournier le père, et pouvant parfois apporter au diagnostic un appoint précieux, c'est la circulation crânienne supplémentaire, c'est-à-dire le développement exagéré du réseau veineux, notamment de la veine temporale superficielle.

Dans la recherche de l'hérédité syphilitique, proche ou lointaine, l'examen des dents fournit les renseignements si importants que l'on sait; les figures qui les représentent ici sont particulièrement intéressantes. Les mâchoires, leurs os, dont les lésions président peut-être à quelques-unes de ces altérations dentaires, offrent également des anomalies significatives dont voici les principales : rétrécissement transverse de la mâchoire supérieure, ogivalité de la voûte palatine ; dystrophie de l'arcade dentaire supérieure, pouvant aller jusqu'au complet arrêt de développement, au niveau des alvéoles ; dystrophie de l'os incisif; d'où insuffisance de place pour les incisives qui se disposent vicieusement; asymétrie ; engrenage défectueux des arcades dentaires ; prognathisme supérieur et inférieur, bien que les dystrophies, quoique très réelles, soient plus rares à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure; désorientation et chaos dentaire ; espacement anormal, véritables lacunes interdentaires. L'étude pathogénique du bec-de-lièvre, avec ou sans fissure palatine, qui se présente en bonne place, est tout entière à lire, comme d'ailleurs l'exposé si précis et si net des dystrophies localisées.

Parmi les dystrophies *nasales*, une des plus caractéristiques est constituée par l'écrasement du nez à sa base. Les dystrophies *oculaires*, récemment étudiées dans les régions profondes, produisent ultérieurement la dyssymétrie oculaire, la dénivellation oculaire, le strabisme (18 fois sur 52 enfants hérédo). Après avoir rappelé les travaux d'Hutchinson, d'Hermet, etc., sur l'oreille interne, l'auteur étudie les *anomalies de l'oreille* externe,

signalées dès longtemps en relation avec des états dégénératifs de divers ordres et notamment avec la tare hérédo-syphilitique (oreille ronde, en plat à barbe, de faune, difforme, simiesque, en anse, asymétrique, alobulée, adhérente, lisse ou peu plissée, etc.) ; tous ces phénomènes, soit isolés, soit surtout associés, témoignent d'une *tare* héréditaire et peuvent par conséquent mettre sur la piste pour la découverte de l'hérédo-syphilis.

Il en est de même des *dystrophies rachidiennes*, scoliose spina-bifida, arrêt de développement, par ex. des cordons antéro-latéraux de la moelle. Viennent ensuite les dystrophies du *thorax* (thorax en entonnoir), du *bassin* (luxation congénitale ressortissant plus fréquemment peut-être à l'hérédité tuberculeuse qu'à l'hérédo-syphilis) ; des *membres* : hypertrophies et asymétries telles que les deux membres ne semblent pas appartenir au même corps, soit que l'un soit plus volumineux que normalement, soit que l'autre soit relativement atrophié, ce qui est le cas le plus fréquent (l'absence du péroné n'est pas rare). Le chapitre relatif aux pieds bots est très instructif. L'élongation des membres conduisant au gigantisme partiel, le gigantisme général avec ou sans atrophie testiculaire et génital, ce qui n'est pas rare, sont, comme le nanisme, le résultat de dystrophies et constituent des signes de dégénérescence d'origine hérédo-syphilitique.

L'enquête se poursuit avec la même méthode rigoureuse et claire par tout l'organisme de façon à passer en revue les divers organes, dystrophies cérébrales médullaires, cardio-vasculaires, de la peau (nævus) etc., des appareils digestif et génito-urinaire, et des annexes fœtales, etc., si bien qu'en fin de compte l'auteur est amené à faire des recherches sur les anomalies poussées à l'extrême sur les *monstruosités* que, jusqu'ici, les cliniciens se sont contentés presque d'enregistrer et de cataloguer, sans s'attarder à la pathogénie. Or, il résulte des faits patiemment réunis et judicieusement comparés par Ed. Fournier, que ces anomalies se rencontrent avec une fréquence frappante chez les sujets nés de parents manifestement syphilitiques. Dans le cours du développement du fœtus, l'agent infectieux ou toxique exerce une influence contraire à l'évolution cellulaire et organique normale. Les monstruosités se trouvent ainsi être l'aboutissant — les preuves expérimentales et autres ne font pas défaut — de dystrophies de causes toxiques et de causes infectieuses ; or, la syphilis tient certainement parmi les causes de ce dernier ordre un des premiers rangs dont des recherches ultérieures peuvent facilement déterminer la proportion.

Les vésanies, la manie, l'épilepsie, la disposition aux tics, à l'hystérie et à d'autres névroses ou psychoses sont des résultantes non douteuses de cette même hérédité syphilitique qui aboutit fréquemment à l'imbécillité, à l'idiotie, ou tout au moins à l'insuffisance intellectuelle et mentale, peuplant les asiles d'incurables et hâtant la déchéance des races. Il y a enfin la *dystrophie de prédisposition* en vertu de laquelle l'organisme qui dérive de souche contaminée porte en lui des causes d'infériorité, de résistance amoindrie ou annulée, de vulnérabilité et de ruine précoce; il constitue un terrain propice aux levains morbides (tuberculose, streptococcie) (voy. Bar), etc. qui germeront sur lui à la façon des moisissures ou des mousses sur un tronc d'arbre en état de vétusté ; c'est à rendre ce milieu de culture moins favorable que devra surtout s'attacher l'effort thérapeutique bien dirigé.

On peut se convaincre de la fréquence proportionnelle des diverses anomalies par une série de statistiques. Chaque anomalie crée un symptôme que doit bien connaître le praticien, car tous ces symptômes, intenses ou simplement esquissés, isolés ou associés, concourent si bien au diagnostic de l'hérédo-syphilis qu'il devient dès lors possible d'établir une sorte de *type hérédo-syphilitique* qui est sinon pathognomonique, du moins presque caractéristique de l'hérédo-syphilis, et l'auteur n'y manque pas (p. 328).

Les sujets, issus de parents incontestablement syphilisés (généralement c'est le père seul) sur lesquels on ne constate exclusivement que des stigmates d'ordre dystrophique, ne sont pas forcément entachés de syphilis. Le professeur A. Fournier a observé plusieurs faits tels que celui-ci : 3 enfants, nés d'un père infecté et d'une mère saine, tous porteurs de divers stigmates témoignant de la tare héréditaire, sont restés indemnes de tout accident propre à la syphilis. Bien plus, divers observateurs ont pu constater la syphilis acquise, récente, indubitable, sur des sujets manifestement hérédo-syphilitiques ; moi-même, j'en ai observé deux faits probants.

L'auteur recherche ensuite si les dystrophies diverses qu'il vient d'étudier chez les hérédo-syphilitiques ne peuvent pas être réalisées par des hérédités d'une tout autre nature, la tuberculose, la scrofule, l'hystérie, l'impaludisme, l'arthritisme invétéré qui n'est qu'une longue intoxication, l'alcoolisme et les autres intoxications chroniques, tabac, plomb, arsenic, mercure, sulfure de carbone, morphine, etc. Il compare les résultats les uns aux autres. En attendant la découverte de la toxine de la syphilis, l'auteur n'aurait-il pas pu faire agir sur des œufs les toxines dûment acquises jusqu'à ce jour et même employer la tuberculine ? bref parer encore cette belle thèse de l'appoint des résultats expérimentaux ?

Ici est développée une question que pouvait seul bien synthétiser un médecin préparé par de fortes études d'histoire naturelle comparée, c'est le chapitre relatif aux aberrations partielles du développement, aux anomalies de division nucléaire, aux expériences sur l'influence tératogénique du géniteur infectieux sur sa descendance et établissant la diversité des modalités suivant lesquelles peut réagir l'organisme d'après la nature du milieu ambiant. On peut admettre avec le professeur Delage que le déterminisme de la multiplication de certaines cellules peut résider en dehors d'elles et non dans la constitution de leur cytoblasme ou dans leur noyau.

L'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis peut se continuer sur sa descendance et peut s'étendre du grand-père au petit-fils et même au delà. C'est la parahérédo-syphilis de deuxième génération, faisant pendant à la syphilis héréditaire de deuxième génération, admise par Fournier, Besnier, Lannelongue, Bœck, etc. (Voir le livre du professeur Fournier sur l'hérédité syphilitique et notre communication au Congrès de Moscou.)

L'auteur expose ensuite l'état actuel de nos connaissances sur l'hérédité possible des dystrophies ainsi produites par l'hérédité syphilitique et sur l'hérédité des caractères latents et défend la proposition que c'est la tendance à la malformation plus encore que la malformation elle-même qui est héréditaire.

Signalons diverses observations à retenir : Un père, issu de parents syphilitiques, mais resté en apparence absolument sain, procrée néanmoins un enfant affecté d'un bec-de-lièvre (obs. 157). — Une femme, issue d'un père syphilitique mais restée indemne et mariée à un homme sain, donne naissance à un enfant microcéphale et affecté de nombreux stigmates de dégénérescence (obs. 33). Ailleurs, c'est un père, issu de parents syphilitiques, mais resté sain, qui engendre un fils épileptiqne. La syphilis intervient donc dans l'étiologie des malformations, non seulement immédiatement et directement, mais encore au titre de cause médiate, lointaine, *ancestrale*.

En dehors de l'appoint fourni par les stigmates, nombre de cas d'hérédo-syphilis resteraient obscurs ou impossibles à déceler, tant est fréquente l'absence de deux autres signes d'hérédo-syphilis, à savoir l'anamnèse et la symptomatologie directe. Or, l'indication du traitement spécifique s'impose dans tous les cas où, sur un sujet actuellement affecté de lésions ou de symptômes imputables à la syphilis ou à d'autres causes, tels que céphalée, convulsions, etc., le médecin constate un ou plusieurs stigmates. Il peut même y avoir indication à l'administration médicamenteuse préventive. Dans une famille entachée de syphilis, vient-il à naître un enfant porteur de tel ou tel stigmate, les parents doivent être traités, la mère surtout, dans le cours par exemple des grossesses ultérieures, afin d'éviter de nouvelles catastrophes héréditaires. Sans doute la parahérédo-syphilis ou d'hérédité seconde bénéficie moins que l'hérédo-syphilis directe ou prime de l'intervention spécifique ; mais s'il y a des échecs, il y a aussi des succès fort encourageants.

Cette étude comporte donc bien des intérêts multiples : de clinique spéciale, de clinique générale, d'anatomie pathologique, de tératologie ; elle a aussi une valeur diagnostique et thérapeutique ; enfin, elle présente une importance philosophique et même sociale réelle, de par les dégénérescences qu'elle inflige à l'individu et à la race. On peut juger par ce résumé forcément incomplet que bien rarement une thèse inaugurale offre une pareille somme de travail et une portée aussi considérable. Il y a lieu de nous réjouir qu'un tel sujet ait pu tenter un collègue aussi bien placé pour pouvoir disposer de tant de notes précieuses et doué du talent voulu pour les mettre en valeur : il en résulte une œuvre à lire, à retenir et qui sera bien souvent consultée. Toutefois c'est le cas où jamais de se souvenir du conseil donné par La Bruyère dans son discours sur Théophraste : « Je n'estime pas que l'homme soit capable de former un projet plus vain et plus chimérique que de prétendre, en écrivant de quelqu'art ou de quelque science que ce soit, échapper à toute sorte de critique et enlever les suffrages de tous les lecteurs. » Mais il suffit qu'une question soit bien posée, or, elle l'est, pour être ensuite fructueusement contrôlée. La critique fera ultérieurement son œuvre incontestablement utile, et la vérité qui sortira du débat sera définitive ; c'est ainsi qu'un progrès réel sera accompli grâce à l'effort produit par notre jeune et brillant collègue qu'il y a lieu de féliciter et d'encourager sans réserve, lui appliquant même, toutes réserves faites, cette autre citation du même La Bruyère : « Un jeune prince, d'une race auguste, fils d'un héros qui est

son modèle, a déjà montré à l'Univers, par ses diverses qualités et par une vertu anticipée, que les enfants des héros sont plus proches de l'être que les autres hommes. » Cette proposition est discutable en général, mais juste en l'espèce; en tout cas, elle est bien propre à formuler nos souhaits et nos espérances. BARTHÉLEMY.

Third International Congress of Dermatology held in London August 1896. Official Transactions edited by J.-J. PRINGLE, Secretary General. 1 vol. in-8° de 957 pages. Londres, 1898. Waterlow and Sons.

L'apparition, attendue avec une certaine impatience, du compte rendu du 3e Congrès international de dermatologie, réveillera chez tous ceux qui ont assisté à ce Congrès de précieux souvenirs d'une semaine consacrée au travail en commun avec des dermatologistes de tous les pays du monde On y retrouve en effet les rapports si remarquables qui ont préludé aux discussions, le résumé de ces discussions, la plupart des communications orales, et une note très courte, — j'oserais dire trop courte si je ne connaissais les difficultés matérielles d'un pareil compte rendu, — sur les très nombreux malades qui, pour l'émerveillement et l'instruction des membres du Congrès, leur ont été présentés avec autant de science et de soin que de bonne grâce par leurs collègues anglais.

Le volume toujours croissant de ces comptes rendus des Congrès de dermatologie, et croissant malgré que le Comité du Congrès de Londres ait éliminé de ses transactions un certain nombre de mémoires déjà publiés dans des périodiques, ce volume, dis-je, semble appeler une réforme. Il serait à désirer que les présentateurs ne communiquassent aux Congrès que des travaux véritablement inédits, au lieu de venir, comme quelques-uns, reproduire une fois de plus des faits et des idées qu'ils ont exposés à maintes et maintes reprises. Il y aurait lieu de rechercher aussi si l'étendue des communications ne devrait pas être limitée à un chiffre donné de pages, comme cela se pratique déjà dans un certain nombre de Congrès : bien des travaux gagneraient à être condensés et les comptes rendus des Congrès deviendraient moins encombrants et plus maniables. G. T.

NOUVELLES

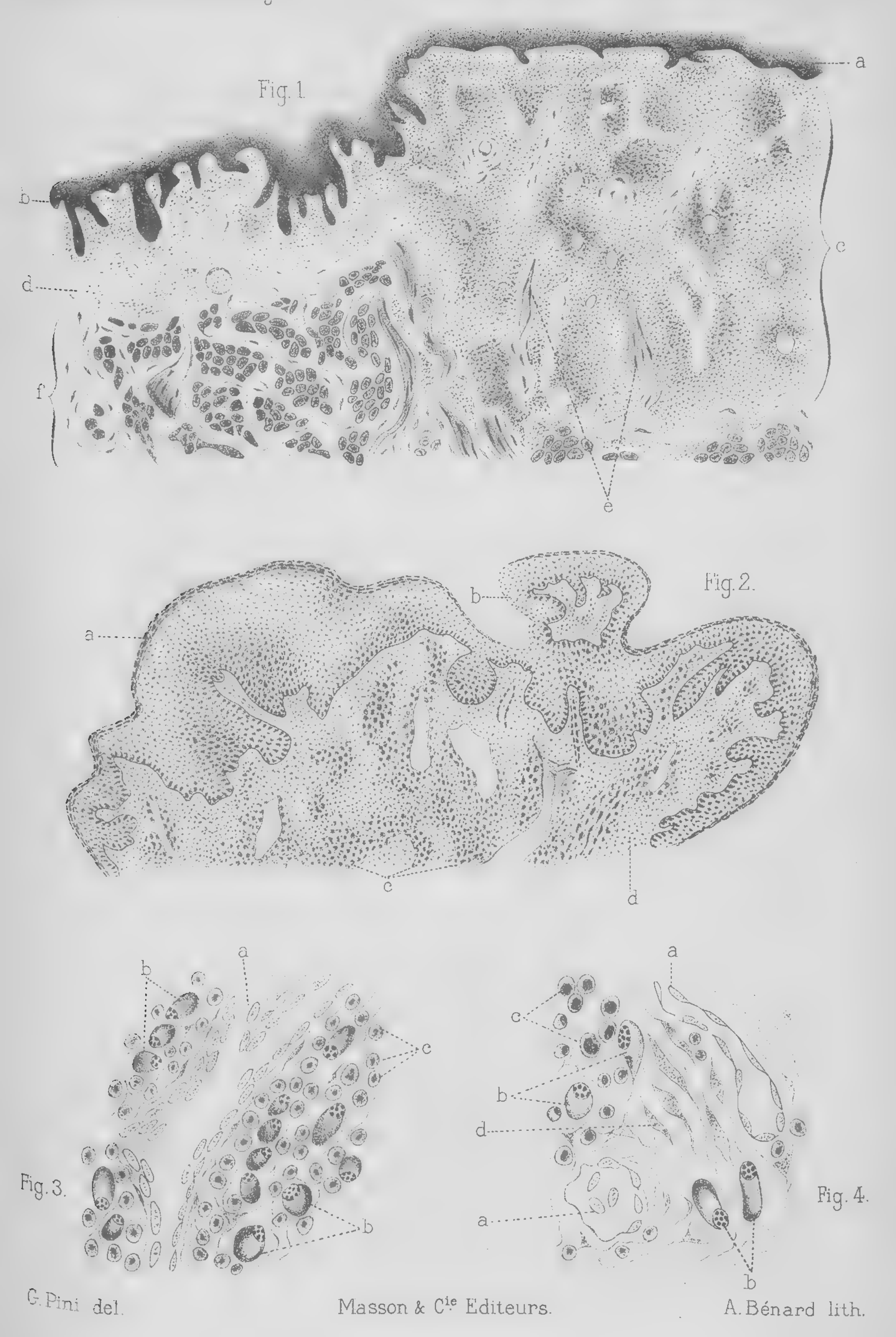
M. le Dr RONA est nommé professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Budapest, en remplacement de SCHWIMMER.

M. le Dr RILLE est nommé professeur de dermatologie à l'Université d'Innspruck.

M. le Dr SCHAFFER est nommé privat-docent de dermatologie à l'Université de Breslau.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



G. Pini del. Masson & Cie Editeurs. A. Bénard lith.

Impies Lemercier, Paris.



TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LES DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES

Par le Dr **L. Brocq**.

A propos de la discussion sur la dermatite herpétiforme qui vient d'avoir lieu à la Société dermatologique de Londres (1).

CHAPITRE II

VALEUR DE L'HERPÉTIFORMITÉ DANS LA MALADIE DE DUHRING

Ainsi que nous l'avons établi, à la fin de la première partie de ce travail, ce qui ressort de la discussion anglaise, ainsi que de la dernière publication de Duhring, c'est que le symptôme majeur, capital pour les auteurs anglais et pour la plupart des auteurs américains dans la dermatite herpétiforme, c'est *l'herpétiformité*. Comme l'a dit avec la dernière netteté le fondateur de ce groupe morbide : *sans herpétiformité on doit dire que la maladie ne peut pas exister.*

1° **Que faut-il entendre par le mot** HERPÉTIFORMITÉ ?

C'est là un premier point des plus importants à préciser. Colcott Fox l'a fait dans les termes les meilleurs. Il a rappelé que F. Hebra avait appliqué cette épithète à son impétigo pour indiquer que dans cette affection les pustules ont de la tendance à se grouper en cercles, comme dans l'herpès circinatus. Pour Tilbury Fox elle signifiait une simple tendance au groupement des vésicules.

Duhring n'est malheureusement pas très précis dans ses explications à propos du sens exact qu'il attache à l'herpétiformité : cependant Colcott Fox a relevé dans une de ses communications un passage (voir plus haut) qui semble indiquer qu'il comprend ce mot d'une manière extrêmement large, probablement analogue à celle qu'adopte Colcott Fox lui-même quand il dit que le terme herpès s'applique pour lui à la fois aux groupes de l'herpès facial, du zoster, de l'herpès iris, et même de la trichophytie cutanée.

Il y a en effet des auteurs qui, lorsqu'ils parlent d'herpétiformité, ont en vue une disposition de l'éruption en forme de cercles ou de circinations analogues à ceux de la trichophytie de la peau, d'autres qui pensent à une disposition générale zoniforme de groupes éruptifs, chacun d'eux étant analogue à des groupes d'herpès.

(1) Suite et fin. Voir le n° d'octobre 1898, p. 849.

On voit donc que la signification du terme dont nous parlons varie beaucoup suivant les auteurs qui l'emploient. En somme, on peut ramener ces interprétations diverses à trois principales qui sont : 1° l'éruption est composée de vésicules groupées par bouquets sur une base rouge, érythémateuse, comme dans le véritable herpès ; 2° elle est groupée comme dans le type précédent, mais en outre les divers groupes sont disposés comme dans le zona ; 3° elle forme des cercles plus ou moins réguliers, ou pour mieux dire des anneaux à centre sain, comme dans la trichophytie cutanée.

D'après la lecture de ces dernières publications, il nous semble que c'est surtout dans le premier sens que Duhring emploie le terme *herpétiforme*.

2° L'herpétiformité doit-elle être considérée comme vraiment pathognomonique de la dermatite herpétiforme ?

Ainsi formulée cette proposition paraît un peu singulière. Il est bien certain que si l'on restreint la conception de Duhring aux affections vraiment dignes du nom de dermatite *herpétiforme*, c'est-à-dire caractérisées au point de vue objectif par l'*herpétiformité*, cette herpétiformité devient vraiment le symptôme pathognomonique de ce groupe.

Mais doit-on restreindre de cette manière le domaine de ce que nous appelons maintenant la maladie de Duhring, telle est la vraie question ; et elle se pose à l'heure actuelle avec une telle précision qu'il est impossible de ne pas la résoudre dans un sens ou dans un autre.

Et tout d'abord déclarons que l'herpétiformité quand elle existe est un symptôme des plus importants, et qui permet souvent de faire à première vue le diagnostic, c'est-à-dire de ranger une éruption dans le groupe des dermatites polymorphes douloureuses. Loin de nier la valeur de ce signe, nous sommes tout disposé à la proclamer, à admettre même, si on le veut, que les cas dans lesquels on l'observe sont les types les plus achevés du groupe ; nous reconnaissons d'ailleurs que, comme nous allons l'expliquer dans un instant, si on interprète ce symptôme dans son sens le plus large, on peut le retrouver, avec un peu de bonne volonté, dans la plus grande partie, disons même dans la presque totalité de nos dermatites polymorphes douloureuses, sinon pendant toute leur évolution, du moins pendant certaines périodes. Mais là n'est pas la question : La voici encore plus nettement formulée : *est-on fondé à rejeter dans le groupe érythème polymorphe ou dans le groupe pemphigus des* ÉRUPTIONS POLYMORPHES DOULOUREUSES ÉRYTHÉMATEUSES, VÉSICULEUSES, BULLEUSES, *par cela seul qu'elles ne présentent pas le symptôme de l'herpétiformité ?*

a) *Avantages apparents de la conception restreinte de la dermatite herpétiforme.* — Si nous acceptons la conception étroite de Duhring, si nous ne rangeons dans sa dermatite herpétiforme que les faits dans lesquels domine au point de vue éruptif l'herpétiformité, nous avons tout de suite l'avantage très appréciable d'avoir l'air de respecter les conceptions anciennes de l'école de Vienne, érythème polymorphe, et pemphigus. Ce dernier groupe en particulier reste presque intact puisque les éruptions bulleuses qui ne sont pas nettement disposées par îlots, qu'elles soient ou non prurigineuses, qu'elles s'accompagnent ou non d'autres phénomènes éruptifs, doivent être comme par le passé étiquetées pemphigus.

Il faut bien le reconnaître, c'est ce respect presque religieux pour les enseignements de la grande école dermatologique dont ils procèdent, qui paralyse en quelque sorte les tentatives réformatrices des dermatologistes anglais et américains. Comment oseraient-ils toucher à l'érythème polymorphe, comment oseraient-ils substituer une conception nouvelle à celle du pemphigus? Avec leur herpétiformité ils essaient de tourner la difficulté et de créer, à côté de l'érythème polymorphe, à côté du pemphigus ancien, une nouvelle entité morbide. Ils tentent de lui donner une existence propre au point de vue objectif; et, toujours fidèles aux idées de leurs maîtres, ils cherchent dans la seule analyse étroite des phénomènes éruptifs le caractère pathognomonique de leur groupe.

b) *Inconvénients de cette conception.* — Par une singulière ironie du sort, ils ont été surtout maltraités par ceux qu'ils ont voulu ménager. L'illustre chef de l'école de Vienne n'a cessé de poursuivre de ses attaque virulentes la conception de la dermatite herpétiforme, et, nous devons le reconnaître, si l'on adopte les idées de Duhring, il a en grande partie raison.

Au congrès de Paris, en 1889, Kaposi a fait remarquer que tous les symptômes décrits par Duhring et par nous-même sont déjà connus, que son pemphigus à lui débute par des éruptions érythémateuses, papuleuses, qu'on y observe des vésicules, des bulles, du prurit, des douleurs, etc., qu'il y a des périodes dans lesquelles il y a des petites bulles, d'autres dans lesquelles il y a de grosses bulles, ou des vésicules, etc..., qu'il y a des phases d'accalmie, puis des récidives, etc... *Aussi ne peut-il admettre l'existence indépendante de la dermatite herpétiforme à côté de son pemphigus.*

Voici encore les conclusions plus récentes de son rapport fait en 1895 au Congrès de Graz sur l'état actuel de la doctrine du pemphigus (1).

« Le pemphigus est une notion clinique claire. Cette notion n'est pas

(1) Voir *Annales de dermatologie*, p. 1044, 1895. Traduction A. Doyon.

« uniquement caractérisée par ses propriétés morphologiques (polymor-
« phie), ni par ses caractères histologiques, mais par l'ensemble de ses
« caractères et par le processus clinique.

« Chez un seul et même malade on peut observer dans le cours des
« mois et des années toutes les variétés possibles de forme et de mode
« d'évolution du pemphigus.

« Il en résulte que les différents types du pemphigus représentent une
« seule et même maladie.

« Les caractères cliniques et histologiques attribués aux formes chro-
« niques, récidivantes, plus ou moins bénignes ou malignes et à évolu-
« tion fatale de la dermatite herpétiforme, correspondent en tout et pour
« tout à celles observées et décrites depuis longtemps dans le pemphigus,
« elles sont donc identiques à cette affection.

« Il n'y a par conséquent aucun motif de renoncer au nom classique
« employé de tout temps et à la notion morbide du pemphigus, pour la
« dénomination moderne de dermatite herpétiforme.

« Mais les formes citées par des auteurs évoluant en tant que processus
« aigus et bénins de la soi-disant dermatite herpétiforme de Duhring cor-
« respondent aux types cliniques connus depuis longtemps sous les noms
« de urticaire papulo-bulleuse, annulaire, gyratée, lichen urticatus, mais
« principalement à l'érythème multiforme de Hebra dans ses formes vési-
« culo-bulleuses.

« La dénomination de dermatite herpétiforme n'est donc nullement jus-
« tifiée en ce qui concerne les formes érythémato-papulo-vésiculo-bulleuses
« à marche aiguë.

« L'orateur ne sait pas si en dehors de la série des pemphigus et des
« autres affections ci-dessus mentionnées, mais déjà suffisamment connues
« et dénommées, il existe des maladies de ce genre avec érythèmes poly-
« morphes et bulles qu'il y aurait lieu de désigner spécialement et seule-
« ment comme dermatite herpétiforme. Quant à lui, il n'a jamais rencontré
« de variétés qui n'aient été depuis longtemps connues et classées sous
« les dénominations antérieures, et par suite il ne s'est jamais trouvé en
« présence d'un cas qui lui ait paru justifier ce diagnostic de dermatite
« herpétiforme. »

Certes, nous ne devons pas nous dissimuler que ce sont surtout nos travaux qui ont été visés par le professeur Kaposi, et cependant c'est la dermatite herpétiforme (sens étroit du mot) qu'il combat en disant avec juste raison qu'il connaît tous ces faits, qu'il les range dans son pemphigus ou dans son érythème polymorphe, qu'on ne lui apporte aucun cas nouveau, par suite qu'on ne doit pas employer de dénomination nouvelle.

En résumé, pour lui tout cela est une agitation stérile, un besoin de faire quand même du nouveau; et, comme on n'a rien trouvé de neuf, on se contente de créer des mots.

Nous reprendrons tout à l'heure pour notre compte les arguments du professeur Kaposi; pour le moment nous nous contenterons de

faire remarquer au P[r] Duhring et aux dermatologistes anglais que leur conception de l'herpétiformité n'a pas de succès auprès de ceux dont ils veulent ménager les idées établies.

Et comment en serait-il autrement? Dans son pemphigus, Kaposi cherche en vain s'il peut distinguer un groupe de faits répondant au type décrit par Duhring et suffisamment distinct des autres éruptions bulleuses par l'herpétiformité, et il ne le discerne pas nettement : d'où ses conclusions négatives.

Il s'est dit comme nous que, si vraiment l'herpétiformité est le symptôme majeur, pathognomonique des dermatoses que nous étudions, tous les autres caractères que nous avons discutés étant secondaires, on doit retrouver cette herpétiformité d'une manière constante à toutes les périodes de l'affection. Or il n'en est rien. Il suffit pour s'en convaincre de relire avec soin les observations de Duhring, et les travaux des divers auteurs qui ont écrit sur cette question. Il en résulte qu'il y a des périodes pendant lesquelles l'herpétiformité peut manquer ou être fort peu accentuée : *le diagnostic se fait alors par les commémoratifs ou par la longue observation du malade !* s'il se produit pendant le cours de l'affection des poussées herpétiformes d'aspect, cela suffit d'après ceux dont nous combattons les idées, pour que l'on soit en droit de poser le diagnostic! Singulier caractère pathognomonique que cet aspect objectif qui peut faire complètement défaut pendant de longues périodes! Cette conception est-elle acceptable?

L'observation dont parle Radcliffe Crocker dans sa communication à la Société dermatologique de Londres est à cet égard des plus instructives. Quand l'orateur vit la malade pour la première fois, elle était atteinte d'une éruption bulleuse généralisée survenant par poussées, mais nullement groupée, assez prurigineuse : d'après les principes qu'il a adoptés, il posa le diagnostic de pemphigus. Quelques jours plus tard, les bulles disparurent, et il se produisit une éruption d'anneaux érythémateux, sur quelques-uns desquels l'épiderme était soulevé par un liquide opalescent. Radcliffe Crocker, fort embarrassé, se demande dans quelle catégorie on doit ranger ce fait. C'est pour lui un pemphigus pendant une période, un hydroa herpétiforme (lisez une dermatite herpétiforme) pendant une autre période. Kaposi n'hésiterait pas un seul instant : pour lui, c'est son pemphigus.

Pour comprendre à quel chaos inextricable de faits et de mots on aboutit avec cette conception de la dermatite herpétiforme restreinte aux faits caractérisés objectivement par l'herpétiformité, on n'a qu'à parcourir la communication du D[r] Petrini (de Galatz) au Congrès de Graz (septembre 1895).

Les difficultés d'interprétation que soulève la théorie de Duhring

deviennent suraiguës quand on considère les formes bulleuses de sa dermatite herpétiforme. Comment conçoit-il alors son herpétiformité? Cet aspect objectif ne peut guère se comprendre que lorsque les éléments éruptifs sont des vésicules plus ou moins développées ou de petites pustules. Voici ce qu'il en dit dans son traité : « L'élément « herpétiforme existe ici (variété bulleuse) comme dans la variété « vésiculeuse, *mais à un moindre degré;* il n'est pas rare de voir « se former immédiatement à côté des bulles de petites pustules, de « la grosseur d'une tête d'épingle, blanchâtres, ou des vésicules. » Tout cela n'est pas fort clair. Il en est de même pour la variété multiforme de son affection. Il est probable qu'il ne s'agit alors que d'un groupement banal des lésions.

Comment donc peut-on fonder tout un groupe sur la présence ou l'absence d'un symptôme qui peut être si difficile à apprécier à sa juste valeur, qui n'est évident et vraiment important que dans certaines variétés éruptives, qui dans d'autres prend au contraire des allures de la banalité la plus désespérante?

c) *Notre opinion sur l'herpétiformité.* — Quant à nous, qui avons toujours essayé de ne pas établir des entités morbides sur le simple aspect objectif, *tout en en tenant compte autant que la logique permet de le faire*, nous déclarons de la manière la plus formelle ne pas pouvoir accepter le sens étroit que les dermatologistes dont nous venons d'exposer les idées, veulent, avec Duhring, attacher au terme dermatite herpétiforme. Il nous paraît irrationnel de diviser en deux affections qui seraient distinctes l'une de l'autre, les faits que nous avons rangés dans nos dermatites polymorphes douloureuses, en s'appuyant sur ce que dans certains d'entre eux les éruptions sont groupées à la manière des éléments de l'herpès, tandis que dans certains autres elles ne le sont pas.

Certes nous ne disons pas que dans quelques cas, le mode de groupement n'ait pas une réelle importance, et nous avons déjà insisté plus haut sur ce point. Il y a des faits dans lesquels l'éruption est toujours constituée par des circinations érythémato-urticariennes présentant ou non çà et là sur les anneaux, des vésicules plus ou moins bien formées. Nous avons vu évoluer ainsi pendant des mois et des années des dermatoses éminemment prurigineuses, et qui conservaient toujours ce caractère objectif : les anneaux érythémato-urticariens vésiculeux naissant par un point, puis s'étalant lentement en tache d'huile, formant des dessins, des circinations capricieuses, etc. Voilà bien évidemment une variété dans laquelle l'*herpétiformité (sens trichophytie cutanée)* joue un rôle majeur. *C'est notre variété érythémato-urticarienne vésiculeuse circinée.*

Il y en a d'autres dans lesquels l'éruption se produit toujours sous la forme de groupes de vésicules analogues à celles de l'herpès, reposant

sur une base érythémateuse, et ces groupes sont çà et là disséminés sans ordre. C'est vraiment *la variété à laquelle on pourrait donner le nom d'herpétiforme;* elle est d'ordinaire aiguë ou subaiguë.

Il y en a enfin qui sont caractérisés par ce fait que les bulles, les vésicules se produisent constamment en certaines régions, circonscrites, bien limitées, toujours les mêmes, qui parfois peuvent arriver à prendre un aspect cicatriciel avec kystes épidermiques, tant les éruptions se sont longtemps succédé sur ces mêmes surfaces. Ce sont nos *variétés circonscrites.*

Tels sont les faits, les seuls, dans lesquels on peut invoquer l'herpétiformité comme étant un symptôme objectif d'une importance aussi grande, peut-être plus grande que le polymorphisme. Mais ce ne sont que d'assez rares exceptions.

Presque toujours dans la dermatite de Duhring il s'agit d'éruptions dans lesquelles pour déclarer qu'il y a *herpétiformité* le dermatologiste est obligé de rechercher s'il y a quelque part, çà et là, des éléments réunis les uns à côté des autres ; il n'y a que quelques lésions éruptives qui présentent ce caractère d'une manière réelle : souvent même cela revient, comme nous le disions plus haut, à un simple groupement. Si cela suffit à constituer l'herpétiformité, combien rares sont les affections cutanées, qui ne sont pas herpétiformes! Quel critérium précis donne-t-on dès lors au dermatologiste pour savoir s'il y a oui ou non herpétiformité ? Et c'est sur un symptôme aussi vague, sur un aspect aussi peu précis, aussi banal, que l'on veut s'appuyer pour fonder une nouvelle entité morbide !

Aussi ne pouvons-nous accepter les objections de ceux qui viennent nous reprocher de n'avoir pas, dans notre monographie, suffisamment insisté sur l'importance de l'herpétiformité dans la maladie de Duhring. C'est bien simple: c'est volontairement que nous avons laissé ce symptôme un peu dans l'ombre quoiqu'on le retrouve dans nos descriptions. Nous n'avons pas restreint la conception de nos dermatites polymorphes douloureuses aux seuls faits caractérisés objectivement par de l'herpétiformité : nous l'avons étendue à tous les faits dans lesquels on retrouve les 4 grands caractères que nous avons mis en relief : 1° multiformité ou polymorphisme ; 2° phénomènes douloureux ; 3° évolution par poussées successives (restriction faite pour les formes aiguës) ; 4° conservation du bon état général (sauf les restrictions formulées plus haut).

Nous n'avons pas pris l'herpétiformité comme critérium objectif pour les raisons suivantes : 1° Nous n'avions pas encore observé un nombre suffisant des faits que nous venons d'esquisser plus haut, et dans lesquels ce caractère a une réelle importance; 2° Dans les dermatites polymorphes douloureuses d'observation habituelle, l'herpétiformité n'existe parfois que sous la forme d'un groupement banal et sans aucune

valeur de certaines des lésions, de telle sorte que ce caractère ne frappe pas toujours l'esprit des observateurs : si l'on veut le mettre en relief, il faut dire *lésions groupées* et non *lésions herpétiformes;* le mot employé par Duhring est donc mauvais, même si l'on admet sa manière de voir, à moins de restreindre son type aux seuls faits vraiment herpétiformes sens herpès vrai ou sens trichophytie cutanée dont nous avons parlé plus haut ; 3° Ce groupement peut lui-même manquer, soit pendant toute l'évolution d'affections nettement caractérisées par nos 4 symptômes majeurs, soit pendant plusieurs attaques, alors qu'il existe dans d'autres; on ne saurait donc le considérer comme le caractère le plus important de la maladie, comme celui *sans l'existence duquel, comme le dit Duhring, elle ne peut pas exister.*

d) *Protestations d'autres auteurs contre la conception de Duhring.* — Nous ne sommes d'ailleurs par les seuls à protester contre cette conception du savant professeur de Philadelphie. En Amérique d'éminents dermatologistes, Piffard, Bulkley, J. C. White entre autres, ont déjà soutenu que le terme herpétiforme était mauvais, et qu'il fallait lui substituer l'épithète de multiforme. J. C. White a même déclaré fort nettement que le caractère dominant de la maladie est la multiformité des lésions et leur variabilité, qu'il n'a pour sa part jamais vu un seul cas ressemblant à de l'herpès.

N'est-ce pas aussi un peu dans ce sens qu'il faut comprendre une partie de l'argumentation du Dr Pringle (voir plus haut) quand il dit qu'il croit que la dermatite herpétiforme, telle qu'on la discute, n'est qu'une variété clinique ou qu'un type d'un groupe vaste et quelque peu incohérent d'affections bulleuses ; et il ajoute un peu plus loin que la présence de groupes herpétiformes de vésicules est peut-être le meilleur caractère que nous ayons pour établir le diagnostic, *mais qu'on semble admettre que ce n'est pas absolument une condition sine quâ non.*

e) *Il est nécessaire de ne pas conserver le terme de dermatite herpétiforme.* — Quant à nous, nous reconnaissons que nous avons commis une faute grave en conservant, même avec des restrictions, dans notre monographie de 1888, la dénomination de *dermatite herpétiforme.* Ce nom ne pouvant pas convenir aux faits que nous groupions et dont nous formions un vaste ensemble, nous devions affirmer avec plus d'énergie que nous ne l'avons fait la nécessité de le laisser de côté. Certes, nous avons bien proposé la dénomination générale de *dermatites polymorphes prurigineuses*, et plus tard (1889) celle (qui nous paraît préférable) de *dermatites polymorphes douloureuses :* mais nous ne l'avons fait qu'avec une certaine timidité, en nous excusant de la longueur du nom que nous adoptions, et le résultat de notre peu de décision ne s'est pas fait attendre. Dans notre pays comme à l'étranger, on a définitivement adopté pour tout ce groupe de faits la

dénomination de *dermatite herpétiforme ou de maladie de Duhring*. En France, néanmoins, la plupart des médecins, suivant en cela l'exemple du chef actuel de notre école, de notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, ont accepté notre conception du groupe, tout en laissant de côté notre dénomination ; à l'étranger au contraire les dermatologistes ont réellement cru que nous avions sur ces affections les mêmes idées que Duhring, ce qui a permis au Dr Jamieson d'affirmer que nous n'avions pas beaucoup ajouté par nos travaux à ce que l'on savait auparavant.

Eh bien, il n'est plus possible à l'heure actuelle de laisser subsister une pareille cause d'erreur ; nous ne devons plus appeler ces éruptions, ni dermatite herpétiforme, ni maladie de Duhring, car ces vocables perpétuent une conception trop étroite et par suite vicieuse de ce groupe morbide : il faut lui réserver le nom générique de *dermatites polymorphes douloureuses ;* mais il faut établir de nombreuses sous-variétés, au point de vue objectif et évolutif.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

CONCEPTION DES DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES

Nous ne pouvons donc que reprendre les idées que nous avons exposées dans notre monographie de 1888 en les affirmant avec plus d'autorité.

Pour nous, il existe un vaste groupe d'affections caractérisées au point de vue clinique par :

1° Des phénomènes douloureux d'intensité variable, mais presque toujours fort accentués, souvent même hors de proportion avec les phénomènes éruptifs ;

2° Des éruptions presque toujours polymorphes d'aspect ou tout au moins érythémato-vésiculeuses, érythémato-bulleuses, parfois urticariennes, papuleuses, parfois herpétiformes, plus souvent groupées, mais pouvant être disséminées ;

3° Une tendance marquée à évoluer par poussées successives ;

4° Une conservation habituelle du bon état général, mais il faut comprendre cette proposition comme nous l'avons expliqué plus haut.

Ce groupe renferme presque tout l'ancien pemphigus vulgaire des auteurs classiques, le pemphigus circinatus de Rayer, le pemphigus pruriginosus de Chausit et celui de Hardy. Le pemphigus composé ou herpès pemphigoïde de Devergie, une partie de l'érythème polymorphe de Hebra, l'hydroa bulleux et le pemphigus arthritique de Bazin, l'herpès pemphigoïde, l'herpès gestationis de Milton, certains cas décrits à tort, selon nous, sous le nom d'impétigo herpétiforme (nous

croyons encore que le véritable impétigo herpétiforme doit être décrit à part), l'hydroa herpétiforme des Anglais, la dermatite herpétiforme de Duhring, etc....

Nous donnons à ce groupe, un peu trop vaste, nous le reconnaissons, moins vague toutefois que les anciens groupes érythème polymorphe ou pemphigus, le nom générique de :

Dermatites polymorphes douloureuses.

Il peut, d'après nous, être subdivisé de la manière suivante :

I. — Dermatites polymorphes douloureuses aigues, caractérisées par :

1° Les phénomènes douloureux dont nous avons parlé, peut-être un peu moins violents que dans les formes chroniques;

2° Des éruptions polymorphes d'aspect; mais on doit distinguer au point de vue objectif trois sous-variétés :

a) *Vraiment polymorphes.*

b) *Herpétiformes,* dans lesquelles l'éruption vésiculeuse est groupée comme dans l'herpès.

c) *Circinées.*

3° Une évolution rapide, variant comme durée de 2 à 6 semaines, et se faisant d'ordinaire par poussées successives.

A cet égard il faut en distinguer deux sous-variétés :

a) Éruptions non récidivantes;

b) Éruptions récidivantes, soit périodiques, soit sans date fixe.

4° Une conservation constante du bon état général, sauf parfois un peu de fièvre; il y a cependant quelques réserves à faire à propos de cas aigus graves possibles. (Voir notre monographie *loc. cit.*, p. 118.)

II. — Dermatites polymorphes douloureuses chroniques a poussées successives, caractérisées par :

1° Des phénomènes douloureux d'une intensité presque toujours extrême à certaines périodes; ils sont rarement continus.

2° Une éruption éminemment polymorphe dans les variétés vulgaires, et constituée alors par des éléments figurés ou non figurés, le plus souvent groupés, mais pouvant ne pas l'être, urticariens, érythémateux, érythémato-papuleux, papulo-vésiculeux, vésiculeux, bulleux, pustuleux ; toutes ces formes éruptives pouvant évoluer seules ou mélangées à une même période de la maladie, pouvant se succéder suivant les diverses périodes, de telle sorte qu'une poussée peut être érythémato-vésiculeuse, une autre bulleuse, une autre purement érythémateuse ou urticarienne, une autre simplement prurigineuse presque sans phénomènes éruptifs visibles.

Au point de vue objectif, il faut distinguer les sous-variétés suivantes :

a) *Variété vulgaire : Variété polymorphe vraie.*

C'est celle qui constitue le type même de l'affection. Elle est carac-

térisée par la réunion au même moment chez un même sujet de plusieurs lésions élémentaires, érythème, vésicules, bulles par exemple : telle est la *véritable polymorphie éruptive*,

Mais on doit distinguer une autre catégorie de faits dans lesquels la polymorphie est surtout accentuée quand on considère la maladie dans son ensemble, une poussée étant surtout vésiculeuse, une autre bulleuse, une autre pustuleuse, etc.... *C'est la polymorphie dans l'évolution.*

L'immense majorité des cas rentrent dans l'un ou dans l'autre de ces deux types.

b) *Variété très nettement différenciée au point de vue objectif.* — *Variété érythémato-urticarienne circinée vésiculeuse ou non vésiculeuse* (voir chapitre II de la 2e partie). (Digne du nom de *dermatite herpétiforme, sens herpès circiné trichophytique*);

c) *Variété assez nettement différenciée au point de vue objectif.* — *Variété herpétiforme vraie* (voir *id.*). (Digne du nom de *dermatite herpétiforme, sens herpès vulgaire.*) Mais cette variété nous paraît être presque toujours aiguë ou subaiguë ; aussi ne la mentionnerons-nous ici qu'avec quelques réserves ;

d) *Variété assez nettement différenciée au point de vue objectif.* — *Variété circonscrite* (Voir id.);

g) *Variété bulleuse* à laquelle on pourrait donner le nom de variété pemphigoïde (pemphigus pruriginosus des anciens auteurs — pemphigus arthritique de Bazin);

h) *Variété pustuleuse* d'emblée que nous n'avons jamais observée, mais que Duhring a décrite et sur laquelle il a beaucoup insisté. Nous ferons cependant remarquer que jamais une dermatite polymorphe douloureuse chronique n'a été uniquement caractérisée pendant toute son évolution par des poussées exclusivement pustuleuses, ce qui la distingue objectivement de l'impétigo herpétiforme.

Dans notre monographie de 1888 nous avions admis des *variétés hémorrhagique* (1), *gélatineuse, végétante ou papillomateuse.* Mais nous ne croyons pas que l'on doive attacher trop d'importance à ces symptômes qui ne sont en somme que de simples accidents de l'éruption.

3° *Une évolution par poussées successives* séparées par des intervalles plus ou moins longs d'accalmie ; parfois les poussées sont subintrantes :

a) Une première sous-variété comprend des faits de plusieurs mois de durée se terminant par la guérison : c'est *notre dermatite polymorphe douloureuse subaiguë ou bénigne.*

(1) Ce n'est donc pas M. le Dr Tenneson, comme l'ont cru à tort ses deux élèves les Drs Perrin et Leredde, qui a le premier décrit des lésions hémorrhagiques dans la dermatite herpétiforme de Duhring.

b) Une deuxième sous-variété comprend des faits chroniques de plusieurs années de durée : c'est *notre dermatite polymorphe douloureuse chronique.*

4° Une conservation du bon état général hors de proportion avec l'intensité des accidents éruptifs et la violence des souffrances ressenties. (Voir plus haut nos explications sur ce point.)

III. — Dermatites polymorphes douloureuses de la grossesse ou herpès gestationis, sur lesquelles nous n'avons pas besoin de donner des détails, car cette forme morbide est suffisamment connue : nous la rattachons intimement à nos *dermatites polymorphes douloureuses aiguës et subaiguës récidivantes.*

IV. — Entre tous ces types morbides, entre eux, et les types morbides voisins, existent des quantités considérables de faits de passage, d'interprétation fort difficile pour ceux qui n'admettent pas nos théories sur la constitution intime de ces groupes, et qui établissent des liens étroits entre toutes ces catégories. (Voir notre mémoire de 1893 sur ce point.)

Tel est l'ensemble de notre conception. Est-elle irréprochable ? évidemment non. Avons-nous la prétention de faire de nos dermatites polymorphes douloureuses des entités morbides bien définies ? Nous déclarons franchement notre ignorance absolue à cet égard : il est possible qu'on le démontre un jour par la découverte d'un microbe quelconque ou d'une toxine pathogène spéciale ; pour le moment nous sommes plus modestes : nous nous contentons de formuler un syndrome clinique mieux établi, ayant un air de famille plus précis que ceux qui existaient auparavant ; et d'ailleurs nos idées sur ce point se sont bien modifiées depuis notre mémoire de 1888.

Il est possible que de pareilles éruptions se développent sous des influences occasionnelles diverses, en particulier que l'ingestion de certains médicaments ou de certains aliments les provoque chez des personnes prédisposées ; d'après quelques auteurs, elles seraient dues à la présence de toxines dans l'économie ; d'après d'autres, elles seraient causées par des microbes ; d'après d'autres enfin, par des chocs subis par le système nerveux ; et il est certain que ce serait surtout cette dernière opinion qui semblerait être la plus plausible, si l'on s'en rapportait à l'analyse pure et simple des observations.

Nous craignons pour notre part que toutes ces pathogénies soient possibles ; et, tout en croyant que le rôle joué par le système nerveux est des plus importants dans ces dermatoses, nous sommes assez tentés de considérer ces éruptions si variables, si protéiformes, comme des modes divers de réaction des téguments sous l'influence des causes morbides que nous avons énumérées, peut-être même sous l'influence d'autres agents morbigènes que nous ne connaissons pas ; d'après cette théorie, les téguments réagiraient de manières variables

suivant les prédispositions individuelles permanentes ou passagères des sujets.

Cette conception est discutable, nous en convenons, n'est nullement démontrée, nous nous empressons de le reconnaître, n'est qu'une hypothèse, nous le proclamons ; mais elle est simple, séduisante, se moule sur les faits connus, et permet d'attendre les résultats des recherches vraiment scientifiques que l'on poursuit depuis quelques années.

Elle se relie d'ailleurs à notre conception générale des dermatoses prurigineuses qui semblent ne pas dépendre directement d'une cause parasitaire externe.

L'intensité des poussées éruptives, leur durée, dépendraient d'après cela de la gravité des modifications imprimées au système nerveux par les chocs subis, ou par les toxines introduites dans l'économie ; elles dépendraient de la quantité de ces toxines, de leur nocivité, de leur nature qui pourrait peut-être gouverner dans une certaine mesure la forme de l'éruption ; cette forme éruptive dépendrait aussi et surtout de l'idiosyncrasie du sujet, idiosyncrasie qui (voir nos travaux antérieurs) peut être constamment la même, ou varier suivant les conditions extrêmement complexes qui président à ce que l'on appelle la constitution du malade.

Hypothèses encore une fois que tout cela et pures hypothèses que nous rougissons presque de formuler, mais qui nous paraissent toutefois nécessaires pour permettre de saisir toute notre pensée sur la véritable valeur de ce groupe morbide, qui permettent surtout de comprendre la réelle signification de nos faits de passage (1).

CHAPITRE II

OBJECTIONS A NOTRE CONCEPTION DES DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES

Nous devons maintenant en terminant ce travail discuter les objections qu'on nous a déjà faites.

1° Nous avons vu plus haut comment elles ont été excellemment formulées par l'éminent chef de l'école de Vienne, par M. le professeur Kaposi.

Elles peuvent se résumer en quelques mots : « Tous ces faits ont été « étudiés depuis longtemps ; la plupart constituent l'ancien pemphi- « gus ; les autres rentrent dans l'érythème polymorphe de Hebra ; « pourquoi créer des mots nouveaux pour désigner des maladies déjà « connues et bien décrites ? La division de ces affections en : a) *pemphi-*

(1) On remarquera que dans ce qui précède nous n'avons pas parlé de l'hydroa puerorum d'Unna. C'est en effet une question accessoire encore bien obscure et dont la discussion n'a aucune importance pour la solution des divers problèmes que nous nous sommes posés.

« *gus*, maladie grave débutant surtout par la partie antérieure de la « poitrine, par le cuir chevelu ; et en : b) *érythème polymorphe*, mala- « die bénigne débutant surtout par la face dorsale des pieds et des « mains, a une autre précision et une autre importance pratique que la « conception des dermatites polymorphes douloureuses. »

Nous ne reviendrons pas ici sur les parties de cette argumentation qui ont été réfutées par plusieurs auteurs. On a déjà prouvé que les distinctions si schématiquement formulées par Kaposi entre l'érythème polymorphe et le pemphigus ne peuvent malheureusement pas résister à l'analyse minutieuse des faits. On a démontré qu'il n'y a pas de lignes de démarcation précises entre ces deux affections telles que l'école de Vienne les a décrites.

Mais il y a plus. L'ancien pemphigus de l'école de Vienne est-il vraiment celui dont parle Kaposi depuis qu'ont paru les travaux de Duhring et les miens ? Hebra décrivait-il autrefois dans son pemphigus des périodes éruptives pendant lesquelles la maladie n'est caractérisée que par de l'érythème ? Je cherche vainement ces passages dans son grand traité. Depuis l'apparition de cet ouvrage, l'école de Vienne a modifié peu à peu ses idées sur le pemphigus : elle a bien dû en changer la physionomie pour pouvoir dire que tout ce dont nous venons de parler est compris dans ce groupe. Or il est arrivé ceci : c'est que, changeant de la sorte ses conceptions, le nom qu'elle employait n'a plus été adapté à ce qu'elle voulait ainsi désigner.

Eh bien ! nous le demandons à tout homme de bonne foi, quel sens le vulgaire, quel sens les dermatologistes eux-mêmes attachent-ils au mot pemphigus ? Ce terme n'a-t-il pas été de tout temps, n'est-il pas encore synonyme d'éruption bulleuse ? Comment donc veut-on que nous conservions ce nom à des dermatoses qui peuvent évoluer pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années sans qu'il y ait jamais apparition d'une seule bulle ! qui souvent ont des périodes pendant lesquelles l'éruption n'est caractérisée que par de l'érythème, que par de l'érythème et des vésicules, que par des pustules, et même que par du simple prurit sans accidents cutanés visibles !

Est-ce là, nous le demandons au professeur Kaposi lui-même, une dermatose digne du nom de pemphigus ? et conserver à des éruptions semblables qui n'ont rien du pemphigus une pareille dénomination, n'est-ce pas provoquer de gaieté de cœur des confusions et des discussions ? nous ne voyons que trop en ce moment ce qui arrive avec la dénomination défectueuse de dermatite herpétiforme.

Quand le professeur Kaposi nous accuse de créer toute cette agitation pour le simple plaisir d'habiller d'un mot nouveau des types morbides anciens, il se trompe donc étrangement. C'est parce que dans nos dermatites polymorphes douloureuses il y a autre chose que le pemphigus ancien que nous prenons un autre vocable. Mais il est vrai, parfaitement vrai que le pemphigus vulgaire de

Kaposi rentre totalement dans nos dermatites polymorphes prurigineuses avec une partie de son érythème polymorphe.

2° « *Y a-t-il quand même une maladie digne du nom de pemphigus ?* »

Certes oui, nous en sommes convaincu, mais plus du tout dans le sens que lui donnent les élèves de l'école de Vienne et les partisans de la doctrine étroite de la dermatite herpétiforme.

Qu'on comprenne bien notre pensée, toutes les affections nettement bulleuses, pemphigoïdes par conséquent, dans lesquelles on trouve le complexus symptomatique sur lequel nous avons tant insisté, toutes ces affections, même bien franchement bulleuses, même n'ayant pas de disposition générale herpétiforme, doivent pour nous rentrer dans nos dermatites polymorphes douloureuses.

Il reste dans le pemphigus d'abord les affections bulleuses désignées sous les noms de pemphigus vegetans, de pemphigus foliacé (quoique ce type soit un peu discutable), de pemphigus héréditaire ou épidermolyse bulleuse héréditaire, dont notre pemphigus successif à kystes épidermiques n'est peut-être qu'une variété (Hallopeau), de pemphigus hystérique ou pemphigus virginum (le pemphigus épidémique doit très probablement être rangé dans les impétigos, mais ce point réclame de nouvelles recherches ?) ; enfin il reste, et c'est là le point vraiment important pour la solution de la question qui nous occupe, deux formes morbides toujours dignes, du moins jusqu'à plus ample informé, du nom de *pemphigus vulgaire :* 1° une forme aiguë fébrile toujours fort grave et qui semble, d'après ses allures, dépendre de toxémies particulièrement malignes ; 2° une forme chronique distincte de la variété objectivement bulleuse des dermatites douloureuses chroniques, dont M. le Dr E. Besnier a admirablement indiqué les caractères dans sa 2e édition française des leçons de Kaposi, t. I, p. 829. « C'est, dit-il, la maladie bulleuse par excellence, « la plus funeste des grandes dermatoses malignes, débutant insi- « dieusement, puis, avec ou sans rémissions ou accalmies, d'un « pas égal ou inégal, marchant à une terminaison qui est le plus sou- « vent fatale ; objectivement elle est caractérisée par des bulles de « dimensions variables, plus souvent grandes que petites, médiocre- « ment tendues, quelquefois flasques, contenant un liquide rapide- « ment louche ou opalin, parfois hématoïdique. » Les bulles en se desséchant peuvent former des croûtes plus ou moins épaisses et brunâtres ; elles peuvent donner naissance à des exulcérations, à des ulcérations, à des desquamations lamelleuses. Les muqueuses sont fort souvent atteintes : le début de l'éruption se fait par la bouche ou par les parties couvertes du corps, en particulier par la région thoracique antérieure. Les phénomènes douloureux, de prurit, de fourmillement, etc.., que l'on peut observer dans ces cas sont presque toujours ou nuls ou peu prononcés (E. Besnier et A. Doyon ; *loc. cit.*).

Nous n'avons rien à ajouter à ce résumé si précis. Tel est en effet le tableau morbide du pemphigus vulgaire chronique que nous avons tracé dans notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau. On voit qu'il diffère assez nettement des dermatites polymorphes douloureuses par son absence de polymorphisme, par son absence de disposition herpétiforme de l'éruption (1) et de phénomènes douloureux pour que nous n'ayons pas besoin d'insister plus longuement sur le diagnostic différentiel de ces 2 types.

Il n'est pas d'ailleurs certain que ce pemphigus chronique vulgaire à aspect sévère et grave soit la seule forme de pemphigus vulgaire que l'on doive distinguer de nos dermatites polymorphes douloureuses. Il est possible qu'il existe aussi une affection monomorphe, pemphigoïde, bénigne, non prurigineuse. L'observation publiée par M. Triboulet semblerait le prouver (Note sur l'évolution de la bulle. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 272, 1892).

3° *Question des faits de passage.*

Il y a, nous objecte-t-on, des cas qui ont à la fois les caractères des érythèmes polymorphes vrais et de ce que nous appelons des dermatites polymorphes douloureuses aiguës, des cas qui sont intermédiaires à ce que nous appelons le pemphigus vulgaire chronique vrai et aux dermatites polymorphes douloureuses chroniques; il n'y a donc pas de ligne de démarcation nette entre les types que vous voulez établir : leurs contours sont trop flous pour que l'on puisse les admettre.

C'est l'éternelle objection, à laquelle nous avons déjà répondu plus haut; nous renvoyons pour plus de détails à nos travaux antérieurs sur la constitution des groupes morbides, et sur la méthode graphique en dermatologie. Cette discussion est déjà beaucoup trop longue pour que nous imposions au lecteur la fatigue de redites fastidieuses.

CONCLUSIONS

Nous croyons donc pouvoir maintenir d'une manière absolue, jusqu'à preuve d'erreur, notre conception des *dermatites polymorphes douloureuses* telles que nous l'avons formulée au commencement de cette troisième partie, et nous demandons instamment qu'on n'emploie plus désormais en France le terme de dermatite herpétiforme pour désigner ces affections d'une manière générale. Ce nom ne peut plus et ne doit plus s'appliquer désormais qu'à certaines variétés objectives de ce grand groupe des dermatites polymorphes douloureuses, à celles qui sont nettement caractérisées au point de vue objectif par le groupement herpétiforme des lésions éruptives.

(1) Bien que nous n'admettions pas l'herpétiformité comme caractéristique de notre groupe, il n'en est pas moins vrai que, lorsqu'elle existe, elle constitue un signe différentiel excellent d'avec le pemphigus vulgaire chronique vrai. (Voir ce que nous avons dit plus haut.)

NOTE SUR L'HISTOPATHOLOGIE DU PSORIASIS

Par le Dr **W. J. Munro** (de Sydney).

Travail du laboratoire de l'École Lailler (Hopital Saint-Louis)

Comme préface à notre étude de la question, il peut sembler utile de rappeler d'abord les opinions émises par les principaux auteurs sur la nature et la forme des lésions histologiques du psoriasis.

Voici deux bons exemples des opinions opposées émises sur le sujet par deux auteurs considérables.

Pour Allan Jamieson (*Diseases of the skin*, 4e éd., 1894), le psoriasis est caractérisé par l'exagération des espaces interpapillaires et des cônes épidermiques qu'ils logent. Dans cette portion de la peau, le réseau lymphatique est hypertrophié ; les boucles vasculaires des papilles sont plus flexueuses que normalement. Elles sont gorgées de globules sanguins. La région est congestionnée, œdémateuse, et infiltrée de cellules migratrices.

Dans les premières phases de la maladie, les parties profondes du derme ne sont pas modifiées, plus tard elles s'infiltrent à leur tour et deviennent le siège d'un œdème chronique histologiquement caractérisé par l'afflux leucocytaire. Les parties correspondantes des follicules pilaires participent aux mêmes transformations.

Pour cet auteur, les couches épidermiques cornées sont d'abord peu atteintes, c'est à la suite des modifications primitives du réseau lymphatique sous-tégumentaire qu'elles deviennent le siège d'une hypertrophie accompagnée de kératinisation imparfaite.

Ainsi se forment les squames du psoriasis, écailles adhérentes superposées, que le grattage détache aisément. La couche des cellules cylindriques est atteinte, elle peut être réduite par l'ablation des squames à une pellicule recouvrant mal les corps papillaires saignants.

La teinte argentée des écailles s'explique par la superposition des couches cornées séparées par des lacunes remplies d'air.

Parallèlement à la description d'Allan Jamieson il faut placer la description succincte des lésions psoriasiques donnée par M. L. Brocq, dans son *Traitement des maladies de la peau*, 2e édition, p. 695.

« Sur des coupes histologiques, dit-il, il est facile de voir que les « couches cornées de l'épiderme ont subi un processus énorme d'hy- « pertrophie, il en est de même du corps muqueux et de la couche « papillaire.

« Nous avons déjà dit que cette hypertrophie papillaire peut, dans « certains cas chroniques, prendre un tel développement, qu'elle « devient visible à l'œil nu.

« Les cellules de la couche cornée renferment des noyaux aplatis, « Le *stratum lucidum* est conservé, mais le *stratum granulosum* a « disparu ou tout au moins a cessé de sécréter l'éléidine, de telle sorte « que l'épiderme ne se kératinise plus.

« Les couches superficielles du chorion présentent tous les signes « de l'inflammation modérée, dilatation des vaisseaux, des follicules « pilo-sébacés et des conduits sudoripares.

« Certains dermatologistes pensent que le processus morbide débute « dans les couches superficielles du derme, d'autres au contraire « croient qu'il débute dans le corps muqueux de Malpighi. »

Auspitz est à cet égard on ne peut plus explicite. Le psoriasis n'est pour lui qu'une anomalie du processus de cornification, c'est une simple kératolyse.

Des opinions ainsi rapprochées de Jamieson, de Brocq, et d'Auspitz, il résulte donc ceci que Jamieson conclut à une hypertrophie totale de tous les éléments de la peau, processus primitivement localisé autour du corps papillaire et s'étendant à la fois en surface (hyperkératose) et en profondeur (œdème chronique) ; tandis que Brocq insiste surtout sur l'hyperkératose sans pouvoir affirmer le lieu anatomique de la lésion primitive qui pour lui est la couche superficielle du derme ou le corps muqueux de Malpighi.

Enfin Auspitz ne voit que l'anomalie du processus de kératinisation joint à l'hyperkératose.

Dans ces conditions, il devient extrêmement intéressant de fixer ce point discuté de pathologie et de savoir, non pas de quelle lésion s'accompagne le psoriasis *chronique*, mais de chercher au contraire quelle est, dans la lésion psoriasique *naissante*, le premier trouble que peut surprendre l'examen microscopique. C'est ce que nous avons tenté. Nos conclusions sont entièrement différentes de celles qui précèdent ; c'est ce qui fait l'intérêt de notre travail.

Ces conclusions sont basées sur l'examen microscopique de 1,500 coupes de psoriasis jeune fournies par six biopsies de lésions naissantes prélevées sur six individus différents, non traités. Nous avons étudié beaucoup aussi les coupes de squames psoriasiques jeunes et vieilles prélevées comparativement sur 8 sujets. Toutes les observations que nous avons faites de ces pièces différentes concordent entre elles et permettent d'affirmer d'abord que la lésion originelle du psoriasis est toujours constante, identique à elle-même dans tous les cas.

Tout d'abord insistons sur ce point que notre recherche s'est limitée exclusivement à l'étude des lésions les plus *petites*, les plus *jeunes*, de psoriasis *de date récente*.

En agissant ainsi notre but était de simplifier cette étude difficile, et d'éliminer, d'un seul coup, toute lésion *secondaire* à la lésion *initiale*. Les descriptions que nous citions tout à l'heure n'ont pas évité

cette cause si importante d'erreur. Très évidemment elles signalent dans la profondeur de la peau et dans le corps papillaire des altérations lichénoïdes que nous connaissons, mais qui sont postérieures au stade que nous avons étudié.

Dans le psoriasis, la lésion histologique élémentaire primordiale est essentiellement transitoire, les lésions secondaires sont au contraire permanentes. C'est pourquoi celles-ci ont été décrites soigneusement et elles sont sans valeur, tandis que la primitive lésion n'a pas été observée, parce qu'en vieillissant elle se transforme et se dénature. C'est elle pourtant qui seule est importante et qui donnera sur la pathogénie du psoriasis l'éclaircissement que la clinique attend du laboratoire.

Sur un petit point de 20 μ de large environ, une érosion se fait *à la surface de l'épiderme corné*. Dans cette demi-cavité, parviennent



Fig. 1. — Coupe verticale de l'épiderme passant par le milieu d'une lésion jeune de psoriasis. — Chambre claire de Verick. Obj. immersion 1/12. Oculaire 3 de Leitz.

d. Épiderme. — *f*. Couche épidermique cornée. — *e*. Cellules migratrices. — *b*. Collection de cellules migratrices dans une érosion de l'épiderme corné. Lésion initiale du psoriasis. — *c*. Lames cornées exfoliées, au-dessous d'une collection (*a*) de cellules migratrices antérieures en date à la collection *b*.

un par un, quinze, vingt ou cent leucocytes. Ils sont venus au travers de l'épiderme et s'arrêtent immédiatement à sa surface, à peine abrités dans cette érosion *sus*-épidermique par une mince couche de cellules cornées, désunies et disloquées.

Telle est la première lésion du psoriasis commençant. *Ce début ne se fait donc ni dans le chorion, ni dans le corps papillaire, ni dans le réseau de Malpighi, ni même dans l'épaisseur de l'épiderme, mais à sa surface, au sein même de sa couche superficielle, dans l'épaisseur et presque à la surface même de la couche cornée.*

A quoi ressemble ce début ? Très exactement (du moins au point de vue histologique) c'est la formation d'*un abcès* à la surface de la couche cornée. Une collection de leucocytes anormalement réunis en un point quelconque de l'organisme, c'est la lésion élémentaire d'un abcès. Si extraordinaire que puisse paraître cette affirmation, on peut définir la lésion histologique élémentaire du psoriasis, un abcès de la couche cornée épidermique.

Ensuite de ce premier stade deux phénomènes surviennent ensemble :

1° L'hypertrophie de la couche épidermique cornée;

2° La répétition autour de la primitive lésion d'un grand nombre de petites lésions similaires.

1° *Hypertrophie de la couche cornée.* — Aussitôt après la naissance de la lésion élémentaire du psoriasis, la couche cornée s'hypertrophie. Au-dessous du minuscule abcès épidermique, elle s'épaissit et rejette l'abcès hors de la peau, par exfoliation : c'est le mécanisme de la formation de la squame.

A mesure que ce petit abcès s'éloigne de son lieu d'origine, repoussé par les couches cornées nouvellement nées, les leucocytes meurent, leur protoplasme disparaît et la collection se trouve réduite à une litière de noyaux aplatis entre deux stratifications de la squame.

Ce sont sans doute les groupes de noyaux mentionnés incidemment dans l'épaisseur de la squame par la description de M. Brocq.

2° *Multiplication de la lésion histologique élémentaire du psoriasis.* — Pendant que survient cette hyperkératose qui éloigne le petit abcès originel loin de sa situation primitive, de nouvelles lésions semblables se reforment autour de la première. En de nouveaux points on voit se former *au ras de l'épiderme corné* de nouvelles collections leucocytaires; celles-ci, à leur tour emprisonnées sous l'épaisseur des couches cornées précédentes, sont elles-mêmes repoussées au dehors par le processus d'hyperkératose qui continue au-dessous d'elles. La coupe d'une vieille squame de psoriasis comprend donc incluses dans son épaisseur 7, 8, 10 couches successives de noyaux morts de leucocytes polynucléaires enclavées et emboitées entre autant de couches cornées superposées.

Ainsi peut-on définir la squame du psoriasis comme une multitude de petits abcès desséchés entre des lames cornées épidermiques exfoliées.

Dans toute squame de psoriasis vieux ou jeune on retrouvera toujours ces deux éléments qui la constituent essentiellement :

a) Des collections de globules polynucléaires desséchés compris entre *b*) des lames cornées stratifiées.

De ces deux éléments du psoriasis, quel est le premier en date ?

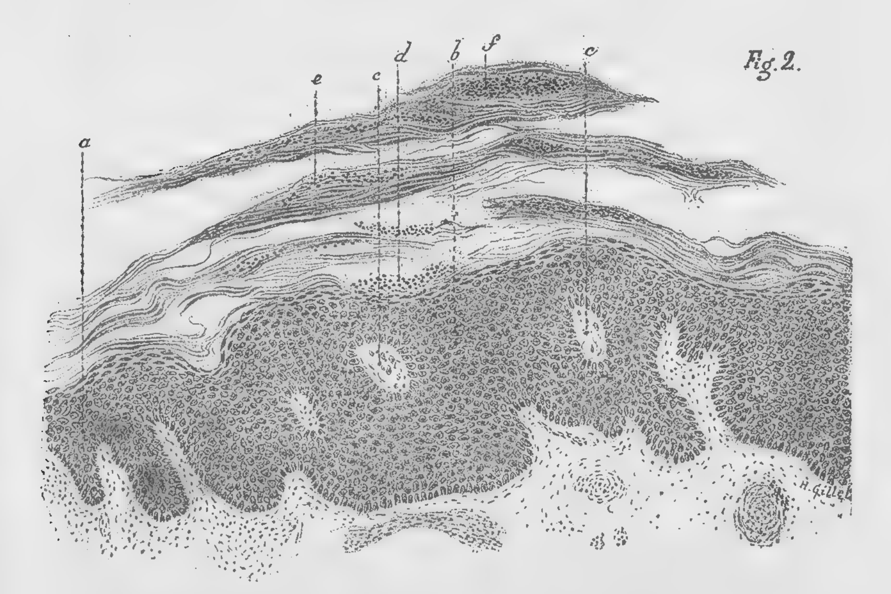


FIG. 2. — Coupe de la peau au niveau d'une squame de psoriasis. Vue d'ensemble. Chambre claire de Verick. Obj. 4, ocul. 3, Leitz.

a. Épiderme normal. — *b*. Épiderme normal, mais vu en section un peu oblique. — *c*. Papille dermique sectionnée par la coupe oblique. — *d*. Collection leucocytaire dans une érosion de la lame cornée épidermique. — *e*. *f*. Collections semblables à la précédente mais de date plus ancienne et séparées les unes des autres par des stratifications cornées.

Nous affirmons positivement que c'est la collection de globules blancs dans l'épaisseur de la couche cornée.

Dans la lésion psoriasique surprise à l'origine, on voit aisément, au sein d'un tégument *inaltéré*, *intact*, les globules migrateurs se diriger vers le point de la couche cornée où ils s'arrêteront.

Et à ce moment il n'existe absolument que cela, il n'existe ni hyperkératose, ni congestion vasculaire dermique ou papillaire, ni rien qui ressemble à une lésion quelconque.

Hors cette minime collection de cellules migratrices, il n'y a *aucune* altération visible de la peau.

Même au cours de la formation de l'abcès primitif, il est au contraire très remarquable de voir combien les parties adjacentes prennent peu de part au processus. A cette époque de début, le processus

inflammatoire est localisé à une aire minuscule de 20 μ carrés àla surface de la couche cornée.

En suivant pas à pas l'évolution de cette lésion minuscule, la première idée qui vient à l'esprit est son origine externe et microbienne, étant donné le nombre immense de lésions d'autre nature, de structure histologique semblable et dont l'origine microbienne est démontrée. Rien ne fait différer cette lésion d'un abcès microbien,

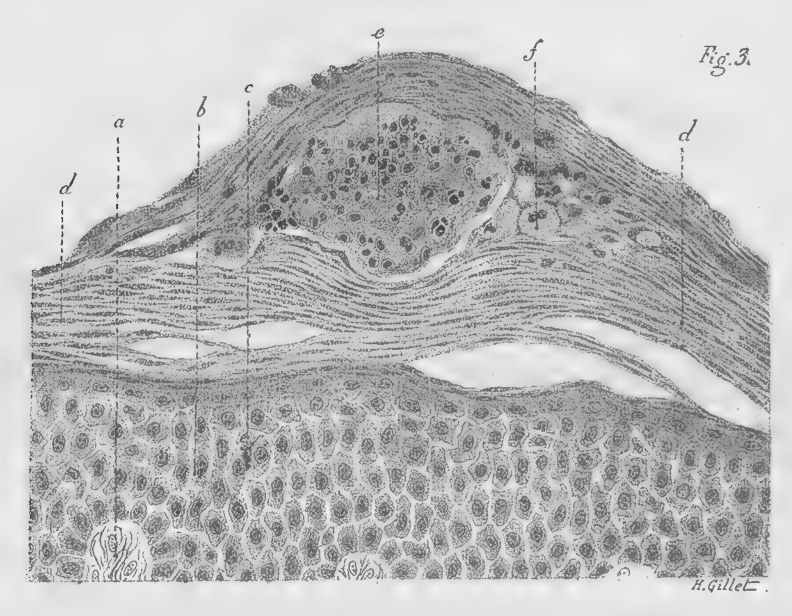


FIG. 3. — Section verticale d'une squame de psoriasis et de l'épiderme sous-jacent. Chambre claire de Verick. Object. immers. 1/12, ocul. 3, Leitz.

a. Papille dermique. — *b.* Épiderme. — *c.* Cellule migratrice dans l'épaisseur de l'épiderme. — *d.* Lames cornées épidermiques exfoliées. — *e.* Collection de cellules migratrices, lésion élémentaire du psoriasis. — *f.* Globules blancs poly nucléaires inclus entre les lames épidermiques cornées exfoliées.

si ce n'est sa localisation tellement superficielle qu'elle se produit presque en dehors de l'organisme.

Il est parfaitement certain que si l'on trouvait dans une telle collection leucocytaire un être microbien spécial et constant, ce fait rentrerait de plain-pied dans ceux qui nous sont désormais familiers et ne heurterait aucune des idées que nous nous sommes faites sur la pathogénie de lésions semblables.

Cependant nos recherches longues et patientes sur ce point sont restées jusqu'ici sans résultat. Non seulement ces petites collections de pus ne nous ont montré aucun microbe qu'on puisse croire l'origine de la lésion, mais encore aucune ne nous a montré un microbe quelconque.

Dans les failles et les éraillures des squames vieilles on trouve quelquefois, rarement du reste, différentes bactéries d'aspect banal. Mais jamais on n'en rencontre aucune *dans* l'abcès jeune ni dans les litières des noyaux écrasés entre les couches cornées et qui représentent des abcès vieux et desséchés.

Il faut du reste reconnaître que si l'hypothèse microbienne est appuyée par la nature de la lésion psoriasique élémentaire telle que nous la décrivons, cette hypothèse n'est pas néanmoins la seule admissible. La présence effective d'un microbe n'est pas une condition nécessaire de toute collection de cellules migratrices. Le champ des hypothèses est restreint mais il reste ouvert.

Pour résumer ce qui précède, on peut dire que les précédents observateurs, pour avoir étudié surtout des lésions psoriasiques vieilles, compliquées et dégénérées, avaient compris cette lésion, comme *un trouble primitif de la kératinisation*, ayant ou devant avoir son origine dans la profondeur de l'épiderme ou même dans le chorion.

Or quand on étudie le début des lésions psoriasiques, ce qu'on observe est entièrement différent :

On observe que la lésion première en date est la formation de minuscules abcès intra-épidermiques dans des érosions de la lame cornée ; et quant au processus d'hyperkératose, quand on suit l'évolution de la lésion, c'est visiblement le résultat de l'abcès primitif, c'est un processus de défense locale qui enveloppe l'abcès, le rejette au dehors et reconstruit la lame cornée épidermique normale au-dessous de lui. Mais pendant ce temps le germe inconnu du psoriasis demeure, et dans l'épaisseur de la lame cornée reconstruite il détermine un nouvel appel de leucocytes, un nouvel abcès identique au premier. Ainsi la squame psoriasique est *l'histoire* de 10, 20, 30 lésions semblables superposées, incessamment renaissantes.

Le psosiasis n'est donc pas, comme on l'a dit, *le résultat d'on ne sait quel vice de formation de l'épiderme corné.* Dans le psoriasis, ce vice de la kératinisation est une lésion essentiellement secondaire.

La lésion primitive du psoriasis est tout simplement constituée par *de petits abcès miliaires de la couche épidermique.* Et c'est autour de ces abcès préformés que la réaction épidermique détermine l'hyperkératose.

*
* *

En terminant ce travail, je désire présenter ici mes meilleurs remerciements à M. le D[r] Sabouraud, dans le laboratoire et sous la direction duquel ces recherches ont été entreprises et effectuées.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1898

PRÉSIDENCE M. ALFRED FOURNIER, VICE-PRÉSIDENT

Ouvrages offerts à la Société.

D. BULKLEY. — Manifestations of syphilis in the mouth. Extr. : *Dental Cosmos*, 1898.

— The dangers of specialism in medicine. Extr. : *Bulletin of the American Academy of medicine*, 1898.

HALLOPEAU. — « Pyodermite végétante » ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und dem Pemphigus vegetans. Extr. : *Festschrift zu Ehren von F.-J. Pick.*

— Zweite Mittheilung über « Pyodermite végétante » (Suppurative Form der Neumann'schen Krankheit). Extr. : *Archiv f. Dermatol.*, 1898.

Rille. — Ueber Calomeleinreibrungen bei Syphilis. Extr. : *Festschrift zu Ehren von F.-J. Pick.*

Lindstroem. — *Le pemphigus foliacé de Cazenave* (en russe). Thèse de Kieff, 1898.

C. Pellizzari. — *Clinica dermosifilopatica di Firenze*, 1896-1897.

Mort d'un membre titulaire.

M. le Président annonce la mort du Dr Puy Le Blanc, membre titulaire, et prie M. le Secrétaire d'exprimer les regrets de la Société à sa famille.

Nouvelle étude sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann, dite pemphigus végétant.

Par M. Hallopeau.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter a déjà une histoire : c'est elle qui a formé le sujet du travail qui a eu l'honneur d'être publié dans le Festschrift du professeur Pick ; ainsi que de la note supplémentaire qui a paru dans le 45e volume de l'*Archiv für Dermatologie* ; depuis lors, M. Leredde en a fait, au point de vue histologique et nosologique, l'objet d'une intéressante publication dans les *Monatshefte für praktische Dermatologie.*

La malade elle-même n'ayant pas encore été présentée, nous croyons devoir la montrer aujourd'hui à la Société, en même temps que nous ferons connaître la suite de son histoire; nous rappellerons aussi les raisons qui nous ont conduit à *la séparer de la dermatite herpétiforme ainsi que de l'impétigo du même nom* et à lui donner le nom de *Maladie de Neumann* dont elle constitue une *forme nouvelle.*

Nous ne reproduirons pas les détails de l'observation que nous avons déjà fait connaître aux lecteurs de l'*Archiv für Dermatologie;* nous rappellerons seulement qu'elle représentait, au début, un cas typique de la dermatose que nous avons dénommée d'abord *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique* et ultérieurement *pyodermite végétante ;* elle était constituée par des foyers multiples de suppuration qui occupaient surtout la cavité buccale, le pourtour de la vulve et de l'anus mais que l'on retrouvait en diverses autres parties de la surface cutanée, par exemple l'une des aisselles, la région ombilicale, les membres ; chacun de ces foyers débutait par la formation d'une pustulette reposant sur une base érythémateuse : très rapidement, ces éléments se multipliaient en même temps que le tissu sous-jacent devenait végétant; comme on a pu le voir sur la belle planche de Méheux, figurant les lésions vulvaires, les altérations

étaient identiques à celles qui ont été représentées d'après l'un de nos premiers cas, dans l'*Atlas international de Dermatologie;* nous avions été ainsi amené, dans la publication qui a figuré dans le *Festschrift* de Pick, à affirmer l'indépendance de ce type morbide, lorsque de nouveaux faits sont venus modifier à cet égard notre manière de voir.

Nous avions considéré comme accidentelle la coïncidence signalée par MM. Hudèlo et Wickham, d'éruptions bulleuses avec cette dermatose ; l'événement est venu nous montrer que c'était à tort; en effet, avant la publication du volume du *Jubile*, de nouveaux faits se produisaient chez notre malade : alors que les lésions continuaient à être purement suppuratives dans les principaux foyers qui ont été précédemment désignés, des éruptions bulleuses se manifestaient en d'autres régions, plus particulièrement au-dessous de l'ombilic, au-devant du sternum, et sur les membres, en petit nombre du reste : il semblait, au premier abord, que ce fût là la confirmation de l'opinion émise par MM. Hudelo, Wickham, Darier, Widal et Brocq, et récemment soutenue par M. Leredde relativement à l'identité de cette éruption avec celle de la maladie de Duhring ; mais un examen attentif de l'éruption et une étude du fait de MM. Hudelo et Wickham nous a conduit à une autre interprétation. Examinons en effet ce qui s'est produit chez notre malade au-dessous de l'ombilic : en premier lieu, apparition au-dessous de l'anneau, sur la ligne médiane, d'une bulle remplie d'un liquide citrin dont très rapidement, en vingt-quatre heures, la base devient manifestement végétante ; peu de jours après, éruption au-dessous de cette bulle d'une série curviligne d'éléments semblables ; puis, ultérieurement, apparition successive de courbes semblables, représentant des fragments de cercle superposés ; alors que la dernière est en pleine activité, les premières ne sont plus constituées que par des plaques végétantes qui, après une période d'augment, s'effacent peu à peu : la configuration de ces foyers, considérée dans son ensemble, peut être comparée à celle d'un fragment de cocarde ou mieux d'un éventail dont le sommet serait représenté par la première végétation sous-ombilicale. Les sensations douloureuses sont presque nulles à ce niveau.

Dans les trois mois suivants des éruptions semblables sont survenues disséminées en différents points de la surface du corps alors que les lésions suppuratives des foyers initiaux persistaient avec des alternatives de régression et de repullulation ; certains d'entre eux, particulièrement ceux des régions périvulvaires et périanales, ont à plusieurs reprises entièrement rétrocédé pour se développer et végéter ensuite de nouveau. En présence de cette éruption bulleuse, nous n'avons pu méconnaître les rapports qui existent entre cette dermatite et la plupart des cas de pemphigus végétant de Neumann ; nous avons dû admettre cependant qu'ils en constituaient une forme nouvelle et non encore décrite, de telle sorte qu'il faut distinguer trois formes de cette maladie : une forme *bulleuse*, seule décrite par Neumann, une forme *pustuleuse*, décrite par nous, d'abord sous le nom de *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progresion excentrique*, puis sous celui de *pyodermite végétante*, et enfin une forme *mixte* signalée d'abord par MM. Wickham et Hudelo et dont la malade que nous avons l'honneur de vous présenter constitue un second exemple.

Nous verrons bientôt comment elle se sépare de la forme végétante de la dermatite herpétiforme et aussi de l'impétigo herpétiforme qui constitue pour nous une *infection purulente cutanée maligne*.

Mais auparavant nous devons indiquer des épisodes nouveaux dans l'histoire de notre malade.

Les éruptions bulleuses, après s'être reproduites pendant plusieurs mois, ont complètement cessé de se manifester ; les végétations et les macules qu'elles ont d'abord laissées à leur place ont presque partout entièrement disparu : on en retrouve cependant des vestiges au niveau de l'éventail sous-ombilical.

Les lésions pustuleuses et végétantes se sont, à plusieurs reprises, effacées complètement au pourtour de la vulve et de l'anus pour s'y reproduire ensuite ; actuellement, le pourtour de l'anus est le siège de saillies végétantes ; les lésions péri-vulvaires ne sont plus représentées que par une seule pustulette.

Les lésions végétantes et suppuratives de la langue, du palais, de la lèvre inférieure et de la commissure labiale externe droite persistent avec une opiniâtreté qu'expliquent les irritations incessantes provoquées dans ces régions par l'alimentation.

Les lésions des commissures palpébrales internes ont subi diverses vicissitudes : elles étaient en voie de régression quand, le 18 octobre, apparaissent, au niveau des points lacrymaux, des plaques érysipélateuses qui s'étendent rapidement sur les paupières, le front et toute la partie médiane du visage ; les jours suivants, toute la face est envahie ; cependant, dès le cinquième jour, l'éruption est enrayée, probablement sous l'influence d'un traitement local par l'ichtyol suivant le procédé de Juhel-Rénoy, et la fièvre tombe pour ne plus reparaître.

Pendant le cours de cette éruption érysipélateuse, les lésions préoculaires ont subi comme un coup de fouet ; des soulèvements phlycténoïdes remplis d'un liquide purulent s'y sont manifestés, leur siège a montré qu'il s'agissait de nouvelles poussées bulleuses de la maladie initiale, car elles occupaient la place de celles qui avaient été signalées antérieurement.

Ces soulèvements bulleux et purulents ont bientôt rétrocédé ; ils ne sont plus représentés que par des macules brunâtres. Il est intéressant de de constater que l'*érysipèle, maladie parfois curative pour certaines dermatoses telles que le lupus, amène au contraire une exacerbation de l'affection qui nous occupe;* nous rappellerons, à ce sujet, que notre première malade est morte d'un érysipèle intercurrent ; la virulence des agents infectieux qui donnent lieu à ces deux maladies paraît donc s'accroître par leur invasion simultanée.

Le pronostic, chez la malade que nous vous présentons, paraît relativement favorable, car, actuellement, 20 mois après le début des accidents, malgré les pertes de matériaux qu'ont entraînées ces éruptions incessamment récidivantes, malgré la gêne considérable qu'ont constamment apportée dans l'alimentation les lésions buccales, malgré l'érysipèle intercurrent, l'état général de cette femme est satisfaisant ; elle assure même avoir engraissé dans ces derniers temps ; sa maladie s'est atténuée dans la plupart de ses manifestations : il ne reste en activité que la surface végé-

tante qui, depuis plus de six mois, persiste au niveau et en dehors de la commissure labiale droite en intéressant la partie contiguë de la joue sur une surface qui mesure environ 15 millimètres de rayon ; les saillies y forment un relief de 5 à 6 millimètres ; elles sont séparées par des rhagades d'un rouge vif et le siège d'une constante suppuration sans formation d'éléments nouveaux. Nous devons signaler en outre une suppuration de la matrice de l'ongle de l'annulaire droit ; à plusieurs reprises déjà, il s'est développé, chez cette malade, des suppurations des doigts ou des orteils ; localisées surtout au pourtour des ongles, elles en ont amené la chute ; celle qui persiste aujourd'hui a débuté il y a plusieurs semaines ; tout le pourtour de la matrice unguéale, à l'exception de sa moitié interne, est le siège d'une abondante suppuration ; il est ulcéré ; nous avons vu les pustulettes miliaires dont la confluence a été le point de départ de ces lésions ; la malade éprouve dans ces régions une sensation pénible de cuisson.

Au pourtour de l'anus, il s'est développé des saillies végétantes dont la hauteur atteint 1 centimètre et dont la largeur varie de 5 millimètres à 2 centimètres. Ces végétations se confondent à leur insertion en une seule masse. Leur surface est irrégulière et végétante. Elles rappellent dans leur ensemble les incisures très profondes des crêtes d'un coq. Leur couleur est d'un rose pâle. Elles sont, par places, le siège d'ulcérations à fond rouge. Plusieurs sont creusées de rhagades rayonnées. Toutes celles de la moitié gauche, qui sont les plus volumineuses, aboutissent au niveau de leur insertion à une large surface ulcéreuse rouge et un peu bourgeonnante. A gauche, les végétations sont séparées par des sillons qui sont l'exagération de ceux qui existent normalement en cette région ; dans la moitié de la région, les saillies sont sessiles. Quelques-unes présentent la forme de nodules miliaires ; on voit de petits nodules semblables disséminés sur les autres végétations. Toute la région péri-anale, occupée antérieurement par les fistules, est saillante et creusée de rhagades rayonnées.

Le pourtour de l'anus est saillant et végétant dans un rayon de 2 à 3 centimètres. Ces parties sont d'un rouge pâle qui ne s'efface que très incomplètement sous la pression du doigt.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Ces végétations péri-anales rappellent, au premier abord, des hémorrhoïdes. Elles en diffèrent par leur consistance ferme, leur coloration rosée et leur configuration en crêtes de coq. Si, comme il est possible, des marisques en ont été le point de départ, elles ont, en tout cas, considérablement végété sous l'influence du processus morbide.

La malade perd quelquefois du sang, mais ces hémorrhagies s'expliquent par la présence des ulcérations.

Il résulte de cette observation que cette malade a présenté et présente encore les symptômes pathognomoniques de la maladie que nous avons décrite sous le nom de *dermatite chronique en foyers à progression excentrique*, et qu'il s'y est adjoint, pendant plusieurs mois, ceux du *pemphigus végétant* ; comme c'est le second fait dans lequel cette coïncidence est constatée, nous devons admettre que les *deux modes éruptifs se produisent sous l'in-*

fluence d'une seule et même cause prochaine dont ils sont les expressions variées comme des éruptions érythémateuses, papuleuses, bulleuses et gommeuses peuvent être celles de la syphilis.

Mais, nous dira-t-on, l'observation de MM. Hudelo et Wickham a été considérée par ses présentateurs, ainsi que par MM. Vidal, Brocq et Darier, comme un type de dermatite herpétiforme ; nous ne pouvons à cet égard admettre la manière de voir de nos collègues. En effet, cette observation est la même qui porte le numéro 27 dans le beau mémoire où M. Brocq a si remarquablement établi l'histoire de la dermatite herpétiforme. Or, si l'on se reporte à la lecture de cette observation, on voit qu'elle diffère essentiellement de toutes celles qui ont servi à notre collègue pour écrire cette histoire. Dès le début, il y a été constaté que « les éruptions bulleuses laissaient à nu, au bout de deux ou trois jours, un derme *hérissé d'élevures ;* les lésions formaient, sur la face dorsale du pied, des plaques irrégulières d'aspect papillomateux ; le fond était hérissé d'excroissances volumineuses formant une saillie de 5 centimètres au moins au-dessus des téguments voisins ; ces lésions présentaient une extension centrifuge par l'intermédiaire des soulèvements épidermiques en collerettes autour des lésions papillomateuses ». Il y avait en même temps, comme chez notre malade, des éléments pustuleux, car Vidal avait porté le diagnostic de forme pustulo-végétante de maladie de Duhring ; depuis lors, MM. Hudelo et Wickham ont vu, chez ce malade même, se produire des auto-inoculations, des pustules se développant excentriquement pendant que leur partie centrale devenait croûteuse ; bientôt la croûte formée tombait et mettait à découvert une surface papillomateuse très végétante et fortement pigmentée ; les foyers voisins se réunissaient et finissaient par former de larges surfaces brunâtres papillomateuses végétantes parsemées de pustulettes, surfaces que limitait un bord polycyclique formé lui-même par un soulèvement épidermique purulent ; au delà, existaient des pustules d'auto-inoculation ; il s'est bien évidemment agi du même type que nous avons décrit ; or ce type se distingue de la dermatite herpétiforme par les caractères suivants : les lésions élémentaires, pustuleuses ou bulleuses, se multiplient constamment par auto-inoculation ; les bulles s'accompagnent, dès leur début, de végétations ; les foyers sont souvent asymétriques ; on peut voir un ongle, un pied, une moitié du visage être affectés isolément ; les végétations peuvent acquérir d'énormes proportions et former, par exemple, au cuir chevelu, des sillons curvilignes rappelant singulièrement la conformation des circonvolutions cérébrales ; les suppurations peuvent être sous-cutanées et donner lieu à des phlegmons d'une étendue considérable ; les pourtours des orifices constituent des lieux d'élection ; les foyers locaux sont justiciables, à coup sûr, d'un traitement local par les antiseptiques, s'ils

peuvent y être méthodiquement appliqués ; les lésions végétantes peuvent persister pendant des mois et des années sans nouvelles poussées pustuleuses ni bulleuses, si elles siègent dans des régions exposées à d'incessantes irritations telles que la langue et le pourtour des commissures ; les sensations prurigineuses ne sont pas constantes. Cet ensemble de faits nous paraît suffisant pour établir qu'il ne s'agit pas là d'une simple variété de dermatite herpétiforme.

Notre collègue et ami M. Leredde croit pouvoir arriver à une conclusion différente par ce fait qu'il a observé, dans les deux maladies, la présence d'une grande quantité de cellules éosinophiles aussi bien dans le sang que dans les tissus morbides ; elle ne nous paraît pas justifiée, car ces éléments se rencontrent en quantité exagérée dans un trop grand nombre d'états morbides pour que l'on puisse leur attribuer une valeur dans la classification nosologique.

M. le professeur Tommasoli a publié dans le Festschrift du professeur Pick des observations analogues aux nôtres sous le titre de *Condylomatose pemphigoïde maligne* et, comme nous, il est arrivé à conclure qu'il s'agit d'une maladie distincte de la dermatite herpétiforme ainsi que du pemphigus vulgaire ; nous ne saurions le contredire à cet égard puisqu'il adopte nos conclusions, mais nous ne saurions accepter sa dénomination, car l'éruption peut être pustuleuse et nullement pemphigoïde, et elle ne peut être qualifiée de *maligne* puisque, sur nos cinq malades, un seul a succombé par le fait, non des progrès de sa dermatose, mais bien d'un érysipèle intercurrent. Nous ne saurions encore moins accepter le reproche que nous fait l'éminent professeur de Palerme d'avoir réuni, dans nos diverses publications sur le nouveau type morbide, des faits de nature différente ; nous ne pouvons que le renvoyer à une lecture plus attentive de nos observations, ainsi qu'à l'étude des moulages de Baretta et des figures de Méheux : leur ressemblance est telle, dans tous les cas, que, tout au moins pour la forme pustuleuse, il existe peu de maladies aussi constamment semblables à elles-mêmes.

Pour ce qui est de l'*impétigo herpétiforme*, si la description qu'en ont donnée Kaposi et Dubreuilh est exacte et si l'on doit rapporter à ce type morbide les faits que nous avons réunis dans une récente communication à l'Académie de médecine, nous ne comprenons pas comment on a pu le rattacher, même dans sa forme végétante, soit à la dermatite herpétiforme, soit aux formes suppuratives de la maladie de Neumann. Il s'agit, en effet, de soulèvements purulents très superficiels, curvilignes, confluant en de vastes surfaces, s'accompagnant de fièvre, d'un pronostic presque toujours fatal et méritant le nom d'*infection purulente tégumentaire maligne* que nous avons proposé de lui assigner.

Nous résumerons ainsi les conclusions qui ressortent de ce travail :

1. *Le type morbide que nous avons décrit, d'abord sous le nom de* DERMATITE PUSTULEUSE CHRONIQUE EN FOYERS A PROGRESSION EXCENTRIQUE, *puis, ultérieurement, sous celui de* PYODERMITE VÉGÉTANTE, *est une forme suppurative de la maladie que Neumann a fait connaître sous le nom désormais impropre de* PEMPHIGUS VÉGÉTANT ;

2. *Cette maladie peut se présenter sous une* FORME BULLEUSE, *sous une* FORME PUSTULEUSE *et sous une* FORME MIXTE A LA FOIS BULLEUSE ET PUSTULEUSE.

3. *L'existence de la forme exclusivement pustuleuse ne permet pas de conserver à cette maladie le nom de* PEMPHIGUS VÉGÉTANT : *nous avons proposé de l'appeler* MALADIE DE NEUMANN *jusqu'au jour où l'on connaîtra l'agent infectieux, microbe ou toxine, qui en est la cause prochaine*;

4. *Cette maladie est souvent d'un pronostic relativement bénin : ses manifestations disparaissent sous l'influence d'un traitement approprié, malheureusement ses localisations fréquentes au pourtour des orifices ainsi que dans la cavité buccale rendent souvent incomplet son traitement antiseptique ;*

5. *Elle diffère de la dermatite herpétiforme par sa progression par auto-inoculations, par le caractère végétant de ses bulles, par son asymétrie fréquente, par le volume considérable que peuvent prendre ses végétations, par l'inconstance des sensations douloureuses, par la persistance pendant des mois et des années au pourtour des orifices ou dans la cavité buccale de lésions végétantes suppuratives sous l'influence locale d'irritations incessamment renouvelées ;*

6. *L'éosinophilie est un phénomène commun à un trop grand nombre d'états morbides pour que l'on puisse lui attribuer une valeur dans la classification nosologique ;*

7. *Cette maladie diffère de l'impétigo herpétiforme par la profondeur des suppurations, par l'absence de soulèvements épidermiques en nappes curvilignes, par l'absence de réaction fébrile et par son pronostic beaucoup moins grave, elle ne mérite pas, comme cette maladie, le nom d'*infection purulente tégumentaire maligne ;

8. *Un érysipèle intercurrent augmente passagèrement l'acuité des lésions dans les parties qu'il envahit ; ce fait contraste avec l'action bienfaisante et parfois curative de cette même complication dans les lupus ;*

9. *Le type morbide que nous avons décrit n'est pas une maladie, mais seulement une forme morbide nouvelle : celle-ci est néanmoins nettement différenciée : c'est la forme pustuleuse de la maladie de Neumann, dite à tort pemphigus végétant.*

M. Leredde. — Je regrette infiniment de me trouver en désaccord avec mon maître M. Hallopeau, sur la pathogénie de l'affection qu'il a découverte et décrite d'une manière si remarquable. Sans insister sur les arguments cliniques qui m'ont paru suffisants pour rapprocher la maladie de Hallopeau de la maladie de Duhring, je rappelle que ces deux maladies présentent des lésions cutanées et sanguines *identiques*. J'ajoute que je ne connais qu'une maladie cutanée où les vésicules se forment de la même manière que dans la dermatose de Duhring, c'est le dermatose de Hallopeau. Je ne crois pas qu'on doive considérer comme des pustules, au sens qu'on donne en clinique à ce mot, des formations cavitaires, non infectées, pleines de leucocytes différents des leucocytes ordinaires du pus, telles qu'on les rencontre dans les régions profondes de l'épiderme. (Voir dans les *Monatshefte für praktische Dermatologie* du 15 octobre 1898 mon travail sur la dermatose de Hallopeau.)

Pour revenir à la question de l'éosinophilie, je rappelle que j'ai déclaré que ce qui caractérise la dermatose de Duhring, ce n'est ni l'éosinophilie ni la présence de cellules éosinophiles dans les formations cavitaires de la peau, c'est la réunion de ces deux éléments. Ces deux éléments sont réunis dans l'herpès gestationis, dans la dermatose de Hallopeau et probablement dans la maladie de Neumann.

Du reste, pour élargir la question je dois dire que toutes ces affections, ainsi que le pemphigus foliacé, ne sont que des formes cliniques d'une seule maladie sanguine, ce que je démontrerai dans un travail présenté à la Société aujourd'hui même.

M. Brocq. — J'en demande mille fois pardon à mon maître M. Hallopeau, mais une lecture un peu rapide de l'observation 57 de mon mémoire sur la dermatite herpétiforme lui a laissé une impression erronée de ce qu'a été ce malade pendant que je l'ai observé. Pendant tout le temps de son séjour au pavillon Gabrielle, il n'a présenté de papillomatose qu'aux pieds. Partout ailleurs l'éruption était purement érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse, absolument caractéristique de la dermatite herpétiforme, c'est-à-dire de mes dermatites polymorphes douloureuses. Ce n'a été que plus tard (peut-être avait-il eu déjà antérieurement des poussées papillomateuses généralisées) que ce malade a présenté nettement l'aspect de la dermatose de M. Hallopeau. J'avoue que ce cas est vraiment troublant et semblerait indiquer qu'il y a des rapports étroits entre cette dermatose et les dermatites polymorphes douloureuses.

M. Darier. — Le cas de MM. Wickham et Hudelo a démontré nettement les rapports qu'il y a entre la dermatite pustuleuse de M. Hallopeau et la dermatite de Duhring. L'étude histologique de ce cas, telle que je l'ai rapportée ici il y a plusieurs années, a prouvé d'autre part l'identité essentielle de la maladie de M. Hallopeau et du pemphigus végétant de Neumann.

Je ne puis donc que souscrire entièrement à l'opinion actuelle de M. Hallopeau qui fait de cette maladie une forme de pemphigus végétant.

Obésité à marche aiguë à la suite d'un traumatisme.

Par M. Du Castel.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est un homme de 57 ans arrivé à un degré d'obésité tout à fait exceptionnel ; il pèse actuellement 320 livres. Il est boulanger de sa profession : il appartient à une famille de bonne constitution ; son père était asthmatique et mourut à 48 ans ; sa mère succomba à une attaque de dysenterie à l'âge de 58 ans ; ses grands-parents seraient morts l'un à 94 ans, l'autre à 96 ans.

Notre malade a eu successivement le croup, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente ; mais dans ses antécédents, il en est un qu'il est utile au premier chef de relever, notre malade est un psoriasique ; à l'âge de 14 ans, il a commencé à avoir du psoriasis aux coudes et aux genoux ; depuis lors il a chaque année des poussées éruptives qui ne durent guère plus de 5 à 6 semaines chacune.

P... a toujours présenté de la tendance à l'obésité : à 20 ans, il pesait 160 livres ; quand survint l'accident à la suite duquel l'engraissement a présenté une marche aiguë et un développement tout à fait anormal, le poids de notre malade oscillait depuis longtemps entre 230 et 240 livres.

Le 22 avril 1897, P... se trouvait dans une voiture qui fut renversée par un tramway à vapeur : il fut blessé à la tête ; on le releva avec une plaie du cuir chevelu occupant la région pariétale droite, formant un arc de cercle d'une longueur de 12 à 13 centimètres, par laquelle le sang s'écoulait en grande abondance. P... déclare n'avoir pas perdu complètement connaissance au moment de l'accident. Il fut transporté à l'hôpital Boucicaut où un chirurgien pratiqua la suture de la plaie ; la réunion des bords se fit régulièrement et après quelques jours de séjour à l'hôpital, le malade regagnait son domicile.

P... s'était pesé le matin même du jour de l'accident ; il pesait 238 livres. Le 1er juillet, il pesait 308 livres ; au commencement de juillet, il entrait pour la première fois dans mon service et le 10 juillet, je relevais un poids de 316 livres. Actuellement son poids est de 320 livres.

P... n'a pas l'habitude de faire des écarts de régime. Son appétit est ordinaire ; il est gros buveur, boit ordinairement du vin, rarement des liqueurs riches en alcool. Son sommeil est habituellement agité, troublé par des cauchemars. Depuis sa chute, il ne s'est pas produit de troubles nerveux particuliers ; pas de polyurie, pas de polydypsie, pas de polyphagie.

(Observation recueillie par M. Dieupart, externe du service.)

En résumé, Messieurs, le malade que je vous présente, fils d'asthmatique, naturellement obèse, moyen mangeur, gros buveur, présente le type de ce qu'on est convenu d'appeler un arthritique. Mais ce qui me paraît remarquable chez lui, c'est la rapidité de développement que l'engraissement a présenté après une chute grave. En 69 jours, il a engraissé de 70 livres ; les dix jours suivants, il a engraissé

de 8 livres. Depuis cette époque, on peut constater encore une augmentation de 4 livres. Et cependant rien ne semble avoir été changé dans son régime de vie. L'examen des urines ne révèle rien de particulier ; le foie est normal ; la glande thyroïde ne présente aucune altération perceptible. Le cœur et les poumons sont normaux à l'auscultation et à la percussion malgré une dyspnée très accusée qui paraît due à la gêne du fonctionnement des organes par l'énorme surcharge graisseuse. L'intelligence n'a subi aucune atteinte. Notons cependant que le psoriasis s'est éteint progressivement. L'embonpoint est généralisé ; peut-être un peu moins accusé aux extrémités des membres qu'à leur origine ; il est particulièrement accentué au niveau de la paroi abdominale qui descend sur la partie antérieure des cuisses en formant un tablier ; au niveau des fesses qu'il est difficile d'écarter l'une de l'autre et entre lesquelles il existe un profond sillon. Les tissus, dans les points où l'embonpoint est le plus prononcé, restent fermes, durs sous la main, presque plus durs que dans un embonpoint ordinaire, bien que je n'ose prononcer le nom de sclérose.

Au mois de juillet, j'ai soumis le malade à un traitement par les capsules d'extrait thyroïdien sans obtenir aucun amaigrissement. Le traitement, m'a dit P..., a été repris depuis sans plus de résultat.

Il m'a semblé intéressant de vous présenter ce malade chez qui il me paraît bien difficile de ne pas établir un rapprochement entre la poussée exceptionnelle d'embonpoint dont il a été atteint et l'accident qui lui est arrivé, bien que je n'aie pu saisir la relation qui existe entre l'une et l'autre.

Sclérodermie en bande du front.

Par MM. A. Fournier et Lœper.

Mlle B..., 24 ans, habite le Cantal.

Aucune grande maladie antérieure.

Début de l'affection actuelle il y a 3 ans, par une petite plaque lisse, décolorée, située dans la région médio-frontale, à la racine des cheveux. Cette lésion s'est étendue assez rapidement, et présente les dimensions qu'elle a actuellement depuis un an environ. Les cheveux ont commencé à tomber au niveau de la plaque dès le début de l'affection.

Actuellement, la lésion se présente sous la forme d'une bande presque rectiligne, longue de 15 à 16 centim., large de un demi-centim., située à 3 millim. à droite de la ligne médio-frontale et s'étendant en hauteur depuis le sourcil jusqu'à 8 centim. environ en arrière de la lisière des cheveux. Cette bande est d'un blanc jaunâtre uniformément, et bordée par un liséré bleuâtre, violacé. La peau à ce niveau est lisse. Sur le cuir chevelu

elle est encore plus lisse, blanche, et le « lilac ring » est plus nettement apparent.

Pas d'anesthésie au niveau de cette bande. Pas de troubles de la sensibilité sur aucun point.

La malade n'a jamais non plus ressenti de douleurs à ce niveau.

La malade est très nerveuse ; elle se met facilement en colère, trépigne alors et jette les objets qu'elle tient à la main ; elle rit et pleure également avec facilité. Cependant elle n'a jamais eu de crises de nerfs.

Dans sa famille, on est généralement nerveux. Aucun de ses parents n'a présenté de lésion analogue.

Diagnostic : Sclérodermie en bande, linéaire.

Traitement institué : Salicylate de soude, 2 à 3 gr. par jour. Badigeonnages au salicylate de méthyle. Traitement électrique.

Sur un cas de pemphigus foliacé avec ostéomalacie.

Par MM. H. Hallopeau et Constensoux.

On sait que le pemphigus foliacé entraîne un trouble profond dans la nutrition générale, trouble que traduisent l'amaigrissement et un état de cachexie aboutissant graduellement à une terminaison fatale. Cet état existe à un haut degré chez la malade que nous avons l'honneur de vous présenter ; si nous la soumettons à votre attention, c'est qu'il s'est produit chez elle une altération nouvelle et non signalée jusqu'ici dans le pemphigus foliacé non plus que dans les autres maladies cachectisantes : nous voulons parler de l'*ostéomalacie*. L'histoire de cette malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Aimée Q..., femme C..., âgée de 46 ans, ménagère, est entrée le 29 février 1892, salle Lugol, lit n° 4.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Dès sa première enfance et aussi loin que remontent ses souvenirs, la malade dit avoir toujours ressenti dans tous les membres des *douleurs rhumatoïdes* généralisées et persistantes. Ces douleurs se faisaient surtout sentir à l'occasion de la marche et de tout exercice fatigant; elles étaient assez fortes pour que, dès l'enfance, on ait dû consulter un médecin à ce sujet; c'est aussi dans l'espoir de les voir diminuer que depuis ce moment et jusqu'à l'âge adulte elle porta sur le bras un cautère.

Vers l'âge de 7 ans, apparurent aussi sur les membres inférieurs, brusquement, en une après-midi, des taches brunâtres, s'accompagnant de parésie; on dut ce jour-là ramener en voiture chez ses parents l'enfant incapable de marcher.

Les règles apparurent à l'âge de 16 ans et la menstruation s'établit sans douleurs ni autres symptômes anormaux.

Pas de maladie à signaler, car, sauf les douleurs déjà mentionnées, la

malade était d'une bonne santé et ne présenta jamais notamment ni rhumatisme articulaire aigu, ni affection nerveuse, ni aucune affection cutanée ou vénérienne.

Pas d'accouchement.

Une fausse couche de trois mois a eu lieu il y a maintenant 10 ans, c'est-à-dire à l'âge de 36 ans. Cette fausse couche s'est produite spontanément, et il faut remarquer que, pendant les trois mois de grossesse, la malade ne remarqua rien d'anormal, ni dans son état général, ni dans son appareil locomoteur.

Début du pemphigus foliacé au mois de février 1890.

La malade venait de passer une période difficile : elle avait subi de mauvais traitements habituels et éprouvé tout récemment une vive frayeur (menaces de coups et de mort), lorsqu'elle constata, d'abord au niveau de la région dorsale, l'apparition de bulles s'accompagnant de démangeaisons très vives.

Cette éruption s'étendit bientôt du dos tout autour de la ceinture et en quinze jours gagna toute la surface du corps.

Chacune des bulles s'affaissait vite ; la malade y aidait d'ailleurs en les perçant dans l'espoir de diminuer les démangeaisons dont elle souffrait. Aux bulles n'a pas cessé depuis lors de succéder une desquamation à lamelles plus ou moins larges suivant les régions : celles-ci recouvrent toute la surface cutanée et se renouvellent constamment, on observe encore des soulèvements bulleux, particulièrement sur le dos des pieds.

La malade commença par se soigner chez elle où elle resta pendant deux ans.

Elle entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, service de M. Hallopeau, le 29 février 1892.

Dès ce moment, il fut aisé de diagnostiquer un pemphigus foliacé typique dont la malade présente en effet le tableau classique.

Dès ce moment, et à côté des signes physiques dont nous n'avons pas à faire le tableau, on remarquait des troubles fonctionnels extrêmement prononcés. En effet, la malade avait dû cesser la marche et gardait le lit depuis près de 18 mois (c'est-à-dire environ 6 mois après le début de l'affection).

De plus, les douleurs spontanées et surtout les douleurs à la pression se montraient assez vives. Toutefois l'exploration de la sensibilité et l'appréciation de l'intensité de la douleur a toujours été très difficile en raison de l'extrême susceptibilité de la malade qui ne se prête pas aux examens.

Évolution de la maladie. — Le pemphigus a depuis lors toujours persisté sans modifications appréciables.

Quant à l'état général, il va empirant, mais sans aggravation brusque à aucun moment : c'est petit à petit que la malade est arrivée à sa grande maigreur actuelle. Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, on arrivait encore de temps en temps à la transporter pour quelques heures sur un fauteuil, mais bientôt elle s'y refusa et il y a maintenant plusieurs années qu'elle n'a pas quitté son lit où le moindre mouvement est pour elle l'occasion de plaintes répétées.

Début de l'ostéomalacie. — Vers la fin de septembre 1898, les personnes qui s'occupent de cette malade et font sa toitette remarquèrent une déformation de la jambe gauche, laquelle commençait à présenter de façon sensible une concavité tournée en dehors et en avant. Cette concavité correspondait non pas à une fracture, mais à une incurvation des deux os de la jambe ; ceux-ci paraissaient céder sous le seul poids du membre que la malade tient toujours fléchi.

Cette déformation a été s'exagérant depuis ce moment, mais est restée isolée.

Actuellement la malade reste constamment dans le décubitus dorsal, les deux jambes fléchies, les bras repliés sur la poitrine, la tête reposant sur l'oreiller ; immobile dans cette position, elle ne fait que quelques très rares mouvements, parle à peine et toujours en gémissant, cherche à s'isoler de son entourage et se couvre même fréquemment la face d'un linge pour éviter de voir et d'être vue. Si on l'approche on provoque toujours des protestations et des plaintes, aussi un examen minutieux est-il difficile. Néanmoins, si, usant de patience et de douceur, on recherche méthodiquement tous les signes de l'ostéomalacie, on constate ce qui suit :

Signes physiques. — *Diminution de la taille.* — Elle ne peut guère être appréciée ici ; la malade étant au lit depuis près de six ans, sans bouger et restant repliée sur elle-même.

Tronc. — Peut-être existe-t-il une légère cyphose.

Membres. — L'incurvation de la jambe gauche est maintenant extrêmement marquée, il y a en outre une subluxation de l'articulation du genou correspondant.

Les autres segments des membres sont intacts, il n'y a pas de fractures.

Bassin. — Rien d'appréciable.

Face. — La malade, interrogée sur ce point, répond qu'il y a eu un peu d'aplatissement et d'élargissement du crâne et de la face. Cette déformation a échappé aux personnes qui l'entourent. Les dents sont presque toutes cariées et tombées.

Signes fonctionnels. — *Douleur.* — Elle est assez marquée, et si la malade évite tous les mouvements, on voit qu'elle redoute en particulier tout changement de position de son membre inférieur gauche, que toute exploration paraît retentir douloureusement sur cette jambe, et on se souvient qu'en effet, même avant l'apparition de la déformation, il y avait eu une hyperesthésie toute particulière.

Susceptibilité nerveuse. — Ce signe, signalé par Trousseau et Lasègue, est ici extrêmement marqué. Nous l'avons déjà mentionné et nous y insistons de nouveau, tellement toute personne approchant la malade est frappée par son état psychique particulier. Elle paraît redouter et repousser d'avance tout approche, à plus forte raison tout contact. On ne peut lui adresser la parole sans provoquer des plaintes. Elle donne l'impression d'un sujet hyperesthésique au point de redouter toute sensation, si légère soit-elle. Il semble en particulier que toute exploration retentisse douloureusement dans le membre malade.

Sensibilité. — Dans ces conditions, l'exploration de la sensibilité tactile

et douloureuse est bien difficile. Il ne paraît cependant y avoir rien à ajouter à la mention de cette hyperesthésie généralisée.

Contractures. — Ce signe, constaté chez certains ostéomalaciques, semble faire ici défaut, sauf pour le membre malade. Le sujet exécute quelques mouvements lentement et avec précaution, mais sans avoir pourtant de contracture à vaincre.

Troubles de la motilité. — Parésie des membres légère, sauf toujours pour la jambe gauche, dont on n'obtient aucun mouvement.

Le tremblement fait défaut.

État général. — Il ne s'est jamais modifié que très lentement.

La malade est arrivée maintenant à un état de maigreur extrême et de cachexie profonde.

Température. — Normale.

Appareil digestif. — Appétit conservé et même plutôt exagéré.

Pas de troubles digestifs marqués.

Parfois diarrhée ou constipation.

Appareil génital. — La malade, qui avait toujours été bien réglée et dont les règles s'étaient rétablies après la fausse couche dont nous avons parlé, a vu la menstruation cesser avec l'apparition de son pemphigus.

Il n'y a rien à signaler du côté des autres organes.

Analyse d'urine, pratiquée par M. Guelorget, interne en pharmacie.

Volume....................	800 gr.	
Réaction..................	lég. acide	
Densité...................	1015	
Urée par litre............	12.80	
— par jour.	10 gr. 24	(moitié de la quantité normale).
Phosphates totaux par litre..	6 gr. 25	(chiffre plus de trois fois supérieur à la moyenne normale).
Phosphate de chaux..	1 gr. 23	(chiffre plus de cinq fois supérieur à la moyenne normale).
Chlorures par litre.........	7 gr. 20	
Sucre.....................	néant	
Albumine................	—	

Pas d'albuminose ou traces presque nulles.

Pas d'acide lactique.

Il résulte de cette observation que l'ostéomalacie s'est produite sous nos yeux, 8 ans après le début du pemphigus foliacé, qu'elle a porté simultanément sur les deux os de la jambe gauche et qu'elle a fait rapidement des progrès considérables.

Faut-il admettre qu'il y ait une simple coïncidence entre les deux maladies et que leur genèse simultanée se soit produite sous l'influence d'un trouble commun dans l'innervation trophique de la peau et des os ?

Cette interprétation nous paraît bien invraisemblable, car les dou-

leurs qu'a accusées la malade ne prouvent nullement qu'il y ait eu dès la jeunesse une altération des os : on ne peut guère admettre une ostéomalacie qui serait resté latente pendant 40 ans.

On a attribué une importance capitale dans la genèse de cette maladie aux troubles dans les fonctions ovariennes ; on ne peut rien soupçonner de semblable chez cette femme qui n'est plus réglée depuis 8 ans.

L'apparition de l'ostéomalacie au milieu de l'état de cachexie profonde qu'entraîne à sa suite la maladie de la peau permet de considérer comme beaucoup plus vraisemblable que l'altération des os est elle-même un des éléments de cette cachexie ou une conséquence indirecte de l'affection cutanée.

Comment cette influence a-t-elle pu s'exercer ?

On pourrait, au premier abord, penser à une élimination par la surface cutanée d'une proportion anormale de sels de chaux : cette hypothèse n'est pas admissible, car nous avons constaté que l'élimination des phosphates par l'urine est accrue dans d'énormes proportions ; en effet, l'exagération du rapport avec l'état normal doit être considérée comme bien plus grande encore que nous ne l'avons indiqué, car nous avons pris comme chiffre normal celui que l'on observe chez un individu sain, de constitution moyenne ; il doit être bien inférieur chez cette femme considérablement émaciée et cachectisée.

Il y a donc, en toute certitude, une augmentation énorme dans l'élimination de ces sels.

Comment l'expliquer ? On pourrait se demander si la surface cutanée, si profondément altérée, ne serait pas le siège de la formation d'acides qui en pénétrant dans la circulation iraient provoquer dans les os la décalcification ; mais il n'en est pas ainsi, car nous avons constaté que la surface de la peau offre, contrairement à l'état normal, une réaction alcaline. Y aurait-il résorption des microbes qui pullulent dans ce liquide bulleux d'aspect puriforme et genèse par eux, dans les tissus, d'acides capables d'altérer les os ? le fait est possible, et le sang de la malade devra être étudié à ce point de vue ; si nous vous la présentons avant d'être fixé à cet égard, c'est que nous ne serions pas sûrs, en raison des progrès de la cachexie, de pouvoir le faire dans un mois.

Il est une autre interprétation qui peut *a priori* être considérée comme plus vraisemblable : nous voulons parler d'une *résorption de la substance collagène des os sous l'influence du trouble profond que la perte incessante de matériaux organiques par la surface cutanée amène dans la crase sanguine et par suite de la mise en liberté des phosphates qui leur sont normalement combinés.*

Il est vrai que M. Meslay, dans son excellente thèse, ne cite qu'une analyse dans laquelle ces substances aient été légèrement diminuées, mais il s'agissait d'ostéomalacies survenues dans des circonstances très différentes de celles où nous nous trouvons ici aujourd'hui et rien

ne prouve que la cause prochaine de ces déformations osseuses soit univoque.

Nous ferons remarquer que, parmi les faits publiés jusqu'ici, celui-ci est le premier dans lequel l'altération osseuse se produise sous l'influence d'une cachexie grave ; on ne peut donc conclure des faits signalés jusqu'ici à celui que nous venons de faire connaître.

Nous tiendrons la Société au courant des données nouvelles que nous pourrons recueillir sur cette malade.

Lymphangiome diffus congénital de la langue.

Par M. TENNESON.

Jean Th..., 23 ans, garçon de restaurant.

Le malade présente un lymphangiome lingual caractérisé par les particularités suivantes :

Augmentation générale du volume de la langue très appréciable.

La surface de la langue est irrégulière ; elle présente un aspect granuleux dû la présence de saillies de la grosseur d'une graine de millet environ. Ces saillies granuleuses offrent une grande diversité dans leur coloration, blanchâtre, rose pâle, rouge, violacée suivant les cas.

Ces granulations, qui donnent à la langue de notre malade un aspect tout particulier, se voient à la face supérieure et à la face inférieure de la langue ainsi que sur ses bords. Elles forment des îlots plus ou moins volumeux séparés par des sillons de longueur et de profondeur variables.

La direction, l'orientation de ces sillons montrent qu'ils ne sont autre chose que les sillons normaux de la langue dont la profondeur et l'étendue ont été exagérées par la production de ce lymphangiome.

L'un de ces sillons, le sillon antéro-postérieur de la langue, est surtout remarquable par ses dimensions.

A la face inférieure de la langue les veines ranines attirent l'attention par leur relief et leur coloration.

Ce lymphangiome serait devenu apparent ou du moins aurait été reconnu chez notre malade alors seulement qu'il avait 4 ans. Il a été élevé au sein et ses parents, dit-il, n'auraient rien remarqué chez lui d'anormal pendant son allaitement et durant les premières années de son existence.

Cette lésion si remarquable n'est pas la seule que présente ce jeune homme. Chez lui la lèvre inférieure offre un nævus vasculaire. La majeure partie de ce nævus occupe la face postérieure, muqueuse, de la lèvre inférieure sur la ligne médiane d'où la tumeur s'étend latéralement, c'est-à-dire à droite et à gauche, pour disparaître en affectant un contour irrégulier avant d'avoir atteint le niveau des commissures labiales.

En avant ce nævus se prolonge en pointe sur le bord libre de la lèvre, en arrière il continue de rester apparent sur la muqueuse de la lèvre inférieure au niveau de sa réflexion sur l'arcade alvéolaire correspondante ainsi que sur la muqueuse gingivale avoisinante.

Ce nævus a une coloration rouge violacé et présente un contour irrégulier.

Sur le cou, dans sa portion antéro-latérale gauche, existe un autre nævus vasculaire, qui occupe toute la hauteur de la région sous-hyoïdienne qu'il déborde légèrement à gauche en arrière. De forme quadrilatère, ce nævus offre une largeur de 6 centim. environ. Sa coloration bleuâtre va s'atténuant de bas en haut.

Enfin sur l'hélix du pavillon de l'oreille gauche on voit un troisième nævus vasculaire de petite dimension (pièce de 20 centimes). Celui-ci est simplement maculeux. Le malade ne présente aucune autre malformation. L'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne révèle rien d'anormal.

Il est de taille presque moyenne et jouit d'une bonne santé habituelle.

La malformation linguale dont il est atteint n'entraîne chez lui aucune gêne de la mastication, la déglutition, la phonation.

(Observation recueillie par M. Véron, interne du service).

(Le moulage est déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Un cas de carathès.

Par M. Barbe.

J'ai l'honneur de présenter deux moulages provenant d'un malade que j'ai pu suivre à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine pendant les mois d'août et de septembre.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, solide, bien constitué, passant la plus grande partie de l'année en Colombie, où il est attaché à une société minière en qualité d'explorateur ou de *prospector*.

Depuis 4 ans ce malade présente successivement sur différentes parties du corps des plaques de carathès. Cette dermatose a débuté à la région latérale gauche du cou par une tache érythémato-squameuse qui n'a pas tardé à s'agrandir au point d'avoir les dimensions d'une pièce de cinq francs, puis à s'étendre en bas du côté de la région pectorale correspondante. Cette plaque a été guérie par l'application d'une pommade très employée en Colombie, qui est presque sûrement l'onguent citrin.

Plus tard une autre plaque s'est montrée au niveau du 4e espace interdigital de la main droite ; de forme irrégulière, celle-ci envoyait un prolongement sur le bord cubital de cette main et sur toute la face dorsale de l'auriculaire. Quelques taches existaient aussi sur l'annulaire, sur le médius, sur la face antérieure du poignet droit et aux membres inférieurs.

Cet homme s'était à peu près guéri à l'aide de l'onguent citrin, lorsque de nouvelles taches survinrent il y a 2 ans environ.

Actuellement il existe une grande plaque sur la face dorsale de la main gauche, plaque qui envoie des prolongements vers les 4 derniers doigts. Cette plaque est d'un rouge violacé, couverte de fines squames quil a font

ressembler quelque peu à une plaque d'érythème trichophytique ; sur les bords de l'éruption, au niveau du premier espace interdigital, existent quelques îlots érythémateux, puis plus en dehors un anneau pigmenté incomplet, indice des modifications que la plaque est en train de subir. Celle-ci est en effet traitée depuis quelque temps par le malade à l'aide de la même pommade qui a été indiquée plus haut. De plus, sur la face dorsale des quatre derniers doigts l'on observe des surfaces achromiques, pseudo-vitiligineuses, indices de la régression complète de la maladie ; au-dessus de la plaque achromique de l'index existent encore deux taches érythémateuses et au-dessous d'elle une tache bleuâtre. Enfin sur un point du pourtour de la plaque pseudo-vitiligineuse de l'annulaire, un petit foyer hyperchromique s'est formé. En résumé, sur cette main l'on peut suivre toutes les phases, toutes les teintes par lesquelles a passé le carathès chez le malade : phase érythémateuse soit franchement rouge, soit tirant sur le bleuâtre, phase hyperchromique, phase achromique ou pseudo-vitiligineuse.

Sur la face latérale droite du cou existe une tache érythémateuse vierge de tout traitement ainsi que toutes les plaques récentes que je vais énumérer plus loin. Sur le côté gauche du cou on trouve une grande surface achromique qui descend du cou jusqu'au mamelon gauche ; au centre de celle-ci les poils sont décolorés. C'est là que siégeait la première plaque survenue il y a 4 ans.

Toute la région occipitale présente une surface érythémateuse recouverte de squames aussi fines que celles de la séborrhée sèche.

Au niveau de chaque omoplate se trouve une grande plaque à bords irréguliers entourée de petits îlots disséminés comme les îles de l'Archipel ; au centre de la plaque gauche, existent encore de petites régions de peau saine. Deux petites plaques s'observent au-dessous du coude gauche et une tache sur la région frontale au-dessous du sourcil gauche.

Enfin on trouve sur la face antérieure de la cuisse gauche une plaque achromique, et une autre sur la moitié inférieure de la jambe du même côté.

Le malade présente sur les membres inférieurs des traces de piqûres de moustiques ; or on sait le rôle que certains auteurs font jouer à certains moustiques (app. gejen dans la Colombie), dans l'étiologie du carathès ou du moins dans la propagation de cette dermatose, rôle qui paraît tout à fait admissible depuis les travaux du Dr Montoya.

Je noterai cette particularité, c'est que la femme de cet explorateur ne présente aucune trace d'éruption, bien qu'elle ait vécu quelques mois en Colombie. Celle-ci, il est vrai, ne se trouvant pas bien du climat, n'a pas fait en Colombie un séjour prolongé. Il semble donc que la maladie, quoique parasitaire, ne soit pas très contagieuse de l'homme à l'homme, mais qu'il faut des conditions étiologiques particulières, encore mal connues.

En tout cas, l'on possède dans le traitement externe par les mercuriaux et en particulier dans l'onguent citrin, un remède souverain contre le carathès, traitement externe qui doit faire bannir toutes les drogues administrées à l'intérieur, le plus souvent au grand détriment des malades.

Dermato-sclérose en bande.

Par M. Danlos.

Rose Ch..., âgée de 70 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée de 15 ans à 50 ans.

Mariée. Jamais d'enfants ni fausses couches.

Sujette aux migraines dans la moitié gauche de la tête depuis l'âge de 25 ans.

Douleurs du côté gauche et antérieur du thorax depuis l'âge de 50 ans.

Épistaxis de temps en temps par la narine gauche.

A l'âge de 52 ans, a été opérée d'un polype de l'utérus. A la suite de cette intervention les flueurs blanches, qu'elle avait auparavant, ont cessé.

La sclérodermie semble avoir débuté il y a un an. La malade ne ressentait pas de douleur. Elle s'est aperçue par hasard de cette modification de la peau en passant sa main sur la face postérieure de sa cuisse.

Actuellement la dermatose se compose de deux parties. L'une guérie à la face postérieure de la cuisse, l'autre en évolution à la partie postéro-externe de la jambe.

La lésion fémorale est caractérisée par l'existence d'un certain nombre de placards d'aspect cicatriciel, disposés en bandes du pli fessier jusqu'au creux poplité, sur le trajet du nerf petit sciatique.

Envisagés individuellement, ces placards ont une apparence ponctuée, rappelant, pour quelques-uns, les cicatrices qui succèdent parfois au zona.

La peau, à leur niveau, est manifestement amincie. Sur les plus grands, l'épiderme dessine des plis superposés et parallèles, transversaux, comme sur les cicatrices atrophiques.

Un de ces placards cependant, au voisinage du creux poplité, n'est pas atrophié et présente au contraire un aspect lichénifié avec quadrillage.

A la jambe, la lésion forme une bande large de trois doigts, se prolongeant depuis le creux poplité, le long de la face postéro-externe de la jambe qu'elle contourne, jusque sur la face dorsale du pied où elle se termine en s'atténuant.

Sa distribution rappelle celle des branches cutanée péronière et musculo-cutanée du nerf sciatique poplité externe.

Cette bande se distingue de la peau normale par sa blancheur mate et un léger épaississement. Ses limites, généralement un peu indécises, sont en haut de la jambe nettement accusées par une bandelette rougeâtre et légèrement pigmentée.

Çà et là à la surface de la partie sclérosée, se voient des taches rouges pigmentées, vestiges d'ulcérations antérieures. La peau de la malade, en effet, aussi bien sur la partie sclérosée qu'en dehors d'elle, est très vulnérable. Au moindre frottement, il se fait des vésico-bulles. Cette vulnérabilité ne paraît pas exister ailleurs.

Sur les parties blanches et par places seulement, il existe une très légère diminution de la sensibilité au contact.

Pas de thermo-anesthésie.
(Observation recueillie par M. Lamouroux, interne du service.)

Cette dermato-sclérose est remarquable par son étendue, sa rapidité d'évolution, sa terminaison par atrophie pseudo-cicatricielle et surtout sa disposition rubanée sur le trajet des branches nerveuses bien définies. Cette circonstance rend d'autant plus curieuse l'absence de douleurs et de troubles sérieux de la sensibilité.

Un cas de xeroderma pigmentosum.

Par MM. Gaucher et Lœper.

La malade, que nous présentons à la Société, a été l'année dernière, à pareille époque, l'objet d'une communication de MM. Balzer, Gaucher et Milian.

Nous rappellerons en quelques mots son histoire : Éthylique, hystérique, présentant des stigmates non douteux de cette névrose, eczémateuse, elle n'avait aucun antécédent héréditaire intéressant.

Elle eut au mois de mars 1897 une fièvre typhoïde sérieuse qui n'avait laissé aucun reliquat pathologique lorsque, 4 mois après la convalescence, on vit apparaître sur la face dorsale de ses mains, surtout la gauche, et sur les lèvres, la pigmentation que l'on constate encore aujourd'hui dans son absolue intégrité.

La malade ne présentait à cette époque aucune atrophie cutanée, aucune télangiectasie du visage.

Cette absence de deux symptômes capitaux du xeroderma, jointe à la relation possible d'une fièvre typhoïde récente avec la pigmentation cutanée, fit faire à M. Balzer le diagnostic de *lentigo mélanique* probablement causé par des altérations eberthiennes du grand sympathique; mais déjà, à cette époque, M. Grancher considérait cette affection comme un cas atypique de xeroderma pigmentosum.

L'examen histologique fait par M. Milian indiqua la présence dans les interstices cellulaires de la couche profonde de l'épiderme de pigment mélanique à réactions typiques, c'est-à-dire du pigment habituel du xeroderma, semblable au pigment du cancer mélanique.

Il semble qu'aujourd'hui l'on doive rejeter complètement le diagnostic de lentigo mélanique.

En effet, la lésion n'a aucunement régressé. Bien au contraire, les taches mélaniques ont envahi, par petits groupes, les avant-bras et le cou, voire la partie antérieure de la poitrine, entre les deux seins.

Il n'y a aucune asthénie musculaire, pas de douleurs, pas de troubles intestinaux.

De plus, une dizaine de petites étoiles vasculaires ont apparu sur

la joue droite. Une de ces étoiles tend même à régresser tandis qu'elle s'entoure d'un halo blanchâtre lisse, brillant, au niveau duquel la peau paraît amincie.

Les traits de la malade se tirent, elle prétend elle-même que les téguments de la face sont moins facilement mobiles et paraissent adhérer aux os sous-jacents.

Le xeroderma pigmentosum se constitue donc dans son syndrome complet, graduellement et sous nos yeux, et il y aura pourtant deux choses particulières dans cette observation : le début de la maladie 4 mois après la fièvre typhoïde et l'âge de la malade (37 ans) qui n'est pas l'âge habituel du xeroderma.

M. Leredde. — Je demanderai à MM. Gaucher et Lœper quel est l'état de leur malade au point de vue nerveux, si elle présente une intelligence normale, si elle n'a pas de tare mentale ou somatique, ou s'il n'y a pas de dégénérés et de nerveux dans sa famille ?

Le xeroderma pigmentosum appartient à un groupe d'affections qu'on peut appeler, je crois, les maladies familiales de la peau. Dans toutes ces maladies, les tares nerveuses sont de règle. Elles n'ont pas été signalées dans le xeroderma, et cependant je possède déjà deux observations où la dégénérescence nerveuse individuelle et familiale était évidente.

M. Lœper. — La malade est peu développée, certainement, au point de vue intellectuel ; cinq ou six frères ou sœurs sont morts en bas âge.

M. Du Castel. — C'est la première observation de xeroderma pigmentosum à début tardif qui soit publiée, à ma connaissance. Aussi serait-il bon, je pense, d'établir le diagnostic d'une manière absolue.

M. Gaucher. — Le diagnostic de xeroderma a été porté par M. Du Castel lui-même l'an dernier, lorsque la malade a été présentée pour la première fois. Je me souviens même que M. Du Castel a cité un fait comparable de Quinquaud.

M. Du Castel. — Je regrette précisément qu'en un an les caractères de la maladie n'aient pas fait assez de progrès pour que l'impression de xeroderma pigmentosum ne soit pas certaine.

Ulcère gabonais; son identité avec le clou de Biskra.

Par M. E. Gaucher.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un moulage d'ulcères gabonais, à leurs différents degrés d'évolution. Cette lésion ressemble au clou de Biskra; c'est évidemment la même maladie.

Le malade porteur de ces ulcères est venu me consulter à Saint-Louis à la fin de septembre de cette année. Voici son observation très bien recueillie par M. Lœper, interne du service :

M. X..., âgé de 40 ans, n'a aucun antécédent pathologique intéressant à signaler, si ce n'est une grave variole hémorrhagique en 1879.

Parti pour les colonies il y a tantôt 14 ans, il débarqua aux environs de Libreville sur la côte du Gabon, remonta le fleuve Ogooué et s'avança plus avant dans les terres vers la boucle du Congo. Il se maintint toujours dans cette région *équatoriale*. Sept ans environ après son arrivée en Afrique vers la fin de l'année 1890, en automne par conséquent, il fut atteint de l'affection connue des explorateurs et des indigènes sous le nom de *crow-crow* et dont Chartrey faisait paraître une courte étude cette année-ci (1).

Cette première lésion siégeait à la partie antéro-inférieure de la cuisse, au voisinage du tendon du droit antérieur. Ce fut d'abord un peu de prurit, quelques frissons, puis une papule saillante, qui s'ulcéra, se recouvrit d'une croûte rupioïde, noirâtre, récidivante. La papule fut unique et s'étendit en largeur pour atteindre la surface d'une pièce de un franc. Pas d'œdème périphérique. Il n'y eut qu'une très minime élévation de température. Un mois à peine s'était écoulé que cette lésion fut suivie de deux autres, identiques et de siège très voisin.

Ces boutons de crow-crow sont remplacés aujourd'hui par une cicatrice déprimée, à bords à l'emporte-pièce, cicatrice blanchâtre, peu plissée, à peau presque transparente, et pourvue en son centre d'une étoile pigmentaire brun jaunâtre. Cette cicatrice est semblable à celle du bouton de Biskra qui est certainement la même affection sous des latitudes différentes (30 à 40° nord).

Le traitement fut constitué comme suit : Occlusion et poudre d'iodoforme, lavages à l'eau boriquée. Les topiques tels que la liqueur de Van Swieten même étendue, sont irritants de l'aveu même des malades. Les plus légers sont les meilleurs. Durée des lésions : 6 semaines.

Après un court séjour en Europe M. X... retourna en Afrique. Il ne fut jamais très éprouvé par les fièvres, non plus que sa femme qui l'accompagnait. Mais il remarqua que les fièvres cessèrent chez lui du jour où apparurent ses boutons, ce qui semble justifier le vieux dicton africain : Le *crow-crow n'aime pas la fièvre.*

En 1893, nouvel ulcère à la malléole interne droite à la suite de marches nu-pieds fréquentes. Celui-là dura jusqu'au deuxième retour en France, traîna en longueur aux colonies, mais *guérit très rapidement dès que le malade eut changé de climat.*

Enfin plus récentes, et encore en évolution d'ailleurs, trois autres lésions apparurent depuis 1896. La première en date siégeait au pouce de la main droite. Elle eut, comme nous le verrons, un caractère un peu différent des autres. Puis une deuxième sur le biceps du même bras et la dernière sur la face externe de la partie moyenne de l'avant-bras.

Le moulage est déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis. Voici succinctement leur aspect actuel et leur évolution.

1° Une petite papule apparut tout d'abord sur la paume de la main, papule lenticulaire ulcérée secondairement et actuellement cicatrisée. Une

(1) Cette dénomination de crow-crow paraît, d'ailleurs, avoir été donnée à d'autres maladies des pays chauds, différentes nosologiquement de l'ulcère gabonais.

autre plus près du pouce suivit. Le malade a remarqué l'auto-inoculation par le pus. Celle-là laisse aujourd'hui encore une ulcération petite à fond anfractueux, à bords déchiquetés, irréguliers. Une couronne de quatre papules bientôt pustuleuses encercle la racine du pouce et aboutit sur la face dorsale du pouce à une sorte de confluent situé sur la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne. Le pouce est déformé à ce niveau et comme infiltré. Toute la face dorsale est érythémateuse et un peu épaissie; elle présente 4 ulcérations peu profondes, en voie de cicatrisation périphérique, à bords irréguliers, à fond croûteux. La surface est à peine celle d'une pièce de 4 sous; le graphique : une lentille ou une petite semelle.

En résumé, lésions disséminées du pouce, presque sans croûtelles, remontant à 16 mois.

2° Sur le bras du même côté, tache érythémato-papuleuse présentant une teinte légèrement violacée, à contour très irrégulier, donnant l'impression d'une confluence de plusieurs petits nodules ; pas d'ulcérations actuelles. Évolution analogue aux lésions du pouce, mais avec guérison plus rapide.

3° Sur l'avant-bras : lésion unique du volume d'une pièce de deux francs. Objectivement, c'est une croûte épaisse, verdâtre, mamelonnée, stratifiée, à contour presque circulaire, entourée d'une zone érythémateuse, érysipélatoïde, de un demi-centimètre de large.

Un stylet enfoncé sous cette croûte amène du pus sans odeur.

Cette lésion est analogue à celles que nous avons signalées sur la cuisse et la malléole, elle était unique à son origine.

Lorsque le malade s'est présenté à Saint-Louis, il présentait des lésions récentes de prurigo, avec érosions de la peau. Ces lésions à siège antibrachial, abdominal et axillaire, sont des lésions scabieuses remontant à plusieurs mois. Le diagnostic, hésitant au début vu la coexistence de deux éruptions, était pourtant facile, car gale et ulcères gabonais avaient gardé toute leur individualité.

Quatre points sont à retenir de cette observation :

1° L'identité morphologique et clinique du clou de Biskra et de l'ulcère gabonais.

2° L'absence de fièvre palustre chez un individu atteint de cette affection.

3° L'inutilité et même la nocivité des topiques (1).

4° Les deux aspects : nodules diffus et ulcération unique, que peut revêtir la même maladie.

Étude histologique sur un cas de maladie de Recklinghausen.

Par M. E. Jeanselme.

L'affection d'origine inconnue, que l'on désigne sous le nom de neuro-fibromatose, comprend de nombreuses variétés anatomiques

(1) La même remarque a été faite pour le clou de Biskra et pour le bouton d'Alep. V. E. Gaucher. *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 449.

et cliniques. A côté de la forme classique caractérisée par des tumeurs nodulaires, des taches hyperchromiques et des nævi, il y a place pour toute une série de formes frustes et décomplétées dont l'étude est encore peu avancée. D'autre part, l'analyse microscopique prouve que la distribution des fibromes dermo-hypodermiques n'est pas toujours commandée, comme on l'avait vu tout d'abord, par les filets nerveux sous-cutanés.

Il reste donc de nombreux points obcurs à élucider et nous en sommes encore, pour cette maladie, à la période où il convient d'accumuler des faits et de les commenter en évitant tout essai de généralisation hâtive.

Voici une femme, âgée de 40 ans, qui présente au grand complet les signes physiques de la maladie de Recklinghausen.

Il y a une dizaine d'années, quatre nodules hémisphériques, du volume d'un pois, apparurent sur le dos de la main gauche entre le poignet et la racine du pouce ; trois nodules semblables se développèrent au voisinage de l'un des genoux. Actuellement, toutes ces tumeurs ont doublé de volume. Pendant huit ans, il n'y eut, au dire de la malade, aucune manifestation nouvelle. Mais depuis deux ou trois ans, de nombreux nodules identiques aux premiers se sont disséminés sur toutes les parties du corps. Depuis la même époque, la peau se couvre de taches et de placards pigmentaires.

État actuel, 27 septembre 1898. — 1° *Tumeurs nodulaires.* — Dans le cuir chevelu, un nodule du volume d'un haricot, de coloration rose, au niveau duquel les cheveux sont très clairsemés. Cette petite tumeur, de consistance ferme, est encastrée dans la peau et dans l'hypoderme ; elle est mobile sur les tissus sous-jacents.

La peau qui recouvre le menton et le corps du maxillaire inférieur est mamelonnée par de nombreux tubercules plus ou moins dégagés, de coloration rose-lilas et de consistance assez ferme. Quelques-uns de ces nodules sont situés au niveau des branches montantes du maxillaire ; les plus élevés arrivent jusqu'au voisinage du lobule des oreilles.

Sur les parois du tronc, le doigt perçoit des indurations bien délimitées, enchâssées dans l'hypoderme et ne faisant aucune saillie. Ces nodules passeraient inaperçus s'ils n'étaient surmontés d'une macule de coloration mauve qui indique leur siège.

Un grand nombre de nodules volumineux et saillants sont groupés sur la partie inférieure de l'avant-bras et sur les mains du côté de l'extension. De longs poils émergent de quelques-uns de ces tubercules.

Aux membres inférieurs, les tumeurs nodulaires sont également très développées, elles s'accumulent au pourtour des genoux ; quelques éléments uratiques occupent la région du cou-de-pied.

De petites saillies de nuance rosée sont disséminées sur la paume des mains et sur la plante des pieds. Ce sont peut-être des tumeurs nodulaires, mais il est impossible de l'affirmer.

La sensibilité étudiée dans tous ses modes, au niveau des nodi, n'est pas altérée.

2° *Hyperchromie.* — Le front est bistré et comme hâlé. Le reste du visage est de nuance foncée, notamment les paupières. Le bas de la face et le cou sont très pigmentés ; sur le fond d'un gris terreux se détachent de nombreuses macules qui ne font aucune saillie et qui ressemble beaucoup à des taches de rousseur. Ces taches seraient de date assez récente.

Sur la paroi antérieure du thorax, on constate de nombreux îlots pigmentaires, de couleur café au lait, qui sont pour la plupart très petits, mais qui acquièrent en plusieurs points un centimètre de diamètre. Des placards hyperchromiques sont distribués sur le moignon des épaules, la face postérieure des avant-bras et le dos des mains.

3° *Nævi.* — Nombreux molluscums pendulums sur toute la circonférence du cou et sur les épaules. Nævi pigmentaires et vasculaires sur la paroi antérieure du thorax. Nævi pilosi sur les avant-bras.

A part un léger trouble de la mémoire et un état de faiblesse indéfinissable qui s'est amendé pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on ne relève aucun signe subjectif. Les fonctions de relation, sensibilité, intelligence et mouvement, ne sont nullement compromises. La nutrition paraît s'effectuer normalement.

L'examen du sang fait par M. Dominici a donné les résultats suivants :

Hématies	3.800.000 (anémie du 2e degré).
Globules blancs	9.200
Hémoglobine	9.60 au lieu de 13.

Le sang frais, examiné dans le liquide A d'Hayem, est normal. Réticulum fin, d'aspect ordinaire. La coagulation du sang s'effectue en cinq minutes. La rétraction du caillot commence après une heure, elle n'est pas complète après 6 heures. Le sang sec, fixé et coloré, ne montre que des formes normales.

Cette femme presque naine est affligée depuis la première enfance d'une scoliose dorso-lombaire à grande courbure dont la nature reste indéterminée (1).

La biopsie a porté sur deux petites tumeurs dont l'une, située sur l'avant-bras, était saillante, tandis que l'autre, cachée dans le tissu cellulaire de l'épaule, ne pouvait être reconnue que par la palpation. Chacune de ces pièces a été divisée en deux fragments dont l'un a été fixé par l'acide osmique et l'autre par l'alcool.

La structure des deux tumeurs est identique. Vous voyez sur ces coupes que la peau n'a subi aucune modification importante. Un grand nombre de vacuoles péri-nucléaires dans les cellules de Malpighi,

(1) Les malformations du squelette dans la maladie de Recklinghausen ne sont pas rares. Dans un cas que nous avons publié, M. Orrillard et moi (Contribution à l'étude des malformations congénitales de la peau et de l'hypoderme. *Rev. de Chirurgie,* 10 janvier 1894) l'un des tibias était en lame de sabre et décrivait une courbure à convexité antérieure, le crâne était sensiblement asymétrique et le testicule gauche était en ectopie. Dans un cas inédit qui m'a été communiqué par M. le Dr Armand (de Haïti), le sujet était de petite taille (1 m. 50) et ses deux membres inférieurs figuraient une parenthèse, avec écart maximum entre les deux genoux.

une surcharge pigmentaire dans la couche profonde de l'épiderme, des Mastzellen disséminées dans le derme, de forme allongée et irrégulière, telles sont les seules particularités qui méritent d'être mentionnées. Le corps papillaire, les follicules pileux, les conduits sécréteurs des glandes, les fibres lisses, les vaisseaux et les nerfs sont en parfait état d'intégrité.

Immédiatement au-dessous du derme, commence le néoplasme. C'est un *fibrome mou*, constitué par des trousseaux fibreux riches en cellules. La partie périphérique est composée de couches stratifiées, le centre au contraire forme un bloc homogène. D'innombrables Mastzellen dont le noyau est coloré en bleu clair et les granulations en rouge-violet par la thionine, infiltrent le fibrome dans toute son étendue. L'acide osmique montre dans ces Mastzellen quelques gouttelettes de graisse extrêmement fines.

Plusieurs glandes sébacées sont incluses dans les tumeurs. Elles ne sont ni étouffées, ni même comprimées par le tissu scléreux. Les cloisons conjonctives qui sont interposées entre les acini, contiennent de nombreuses Mastzellen, mais aucune de celles-ci ne pénètre dans les cavités glandulaires. Les follicules fibreux sont tout à fait sains. Chacun des fibromes englobe deux ou trois glomérules sudoripares qui sont un peu dissociés, leur épithélium est en quelques points irrégulier et creusé de vacuoles péri-nucléaires. Çà et là, dans le voisinage des glandes sudoripares et au-dessous d'elles on voit de grosses gouttes de graisse. Les faisceaux de fibres lisses contenus dans le fibrome sont encore bien reconnaissables.

Quatre ou cinq *filets nerveux* rampent dans l'épaisseur des deux tumeurs examinées. Ils sont sectionnés en long et en travers suivant les hasards de la coupe, aucun ne paraît altéré. Ils sont tous entourés de leur gaine de Henle.

Les fibres élastiques recherchées par le procédé de Mibelli font complètement défaut dans les fibromes, tandis qu'elles sont parfaitement conservées dans le derme sus-jacent.

En résumé, dans ce cas typique de maladie de Recklinghausen, aucun des organes contenus dans les fibromes n'a subi d'altération notable. J'insiste sur ce fait que, dans le cas présent, les rameaux nerveux ne sont certainement pas le point de départ des fibromes. Ce nouveau fait est à rapprocher de ceux de Lahmann, de Landowski, de P. Marie et A. Bernard, de Chauffard, dans lesquels la répartition des tumeurs ne paraît pas être subordonnée à une lésion des nerfs cutanés.

M. J. Darier.— J'ai étudié plusieurs cas de *neuro-fibromatose de Recklinghausen* et je saisis l'occasion actuelle pour présenter quelques remarques cliniques et anatomiques.

Au point de vue clinique, il faut tout d'abord reconnaître qu'il y a des cas complets et des cas incomplets. Dans les *cas complets* il existe : 1° des tumeurs dermiques multiples, plus ou moins superficielles, débutant dans le derme ou l'hypoderme pour venir finalement s'énucléer à travers le chorion et former des molluscums pédiculés ; 2° des tumeurs des nerfs superficiels, généralement ovoïdes ou fusiformes, allongées dans le sens des filets nerveux sous-cutanés de l'avant-bras, du thorax et du front, qui sont leurs régions de prédilection ; 3° des taches pigmentaires de dimensions variables sur lesquelles M. Besnier a surtout attiré l'attention ; 4° enfin le tableau est assez souvent complété par un état de développement intellectuel un peu incomplet. La maladie apparaît dans l'enfance ou dans l'adolescence le plus fréquemment et a une marche progressive.

Dans les *cas incomplets*, qui ne sont pas rares, on trouve par exemple des tumeurs dermiques et des taches pigmentaires, sans névromes ; je crois me souvenir d'autre part d'un cas où existaient des névromes et des pigmentations sans tumeurs dermiques.

Je pense que le *névrome plexiforme avec dermatolyse* n'est qu'une forme géante et localisée de la même affection, car ses lésions sont très analogues et il peut coexister avec de la neuro-fibromatose diffuse.

Au point de vue anatomique les lésions élémentaires sont les mêmes, qu'elles proviennent de cas complets ou incomplets.

Les *tumeurs nerveuses* se présentent sous forme d'un renflement du filet nerveux, dont la gaine lamelleuse est dilatée par une néoplasie fibromateuse qui écarte et disperse les tubes à myéline. J'ai toujours vu ces tumeurs comprises dans la gaine lamelleuse.

Les *tumeurs dermiques* sont constituées par une néoformation de tissu fibreux riche en cellule, de fibrome molluscum en d'autres termes, siégeant dans le derme à un niveau quelconque.

Il était intéressant de rechercher quels sont les rapports de ces tumeurs dermiques avec les nerfs de la peau. D'après Recklinghausen, elles se développent dans ces nerfs eux-mêmes et ne sont pas autre chose par conséquent que des *fibro-névromes terminaux*. Si cette manière de voir était exacte, on devrait trouver le néoplasme enveloppé de la gaine lamelleuse des nerfs ou de la gaine de Henle qui en est le prolongement sur les fins ramuscules nerveux ; même en admettant que cette gaine peut avoir éclaté ou avoir disparu per distension, il faudrait que les nerfs compris dans les néoplasmes fussent dépourvus de gaine lamelleuse ou de Henle.

En réalité, il n'en est pas ainsi. Les nerfs qu'on trouve assez communément traversant le tissu fibromateux apparaissent (après l'action de l'acide osmique) comme des nerfs normaux munis de leur gaine.

Il faut donc admettre que la néoplasie fibreuse peut se faire aussi bien *hors* des nerfs que *dans* les nerfs.

Malgré cela la dénomination de *neuro-fibromatose* me paraît bonne à conserver avec le nom de Recklinghausen. Je pense qu'il s'agit d'une maladie dystrophique d'origine congénitale et parfois nettement familiale qui est à rapprocher des vices de conformation et des nævi.

M. Tenneson. — La dénomination de neuro-fibromatose offre de graves

inconvénients. Elle ne met pas en relief tous les éléments de la maladie, les nævi pigmentaires en particulier, qui sont constants, et les malformations du squelette, qui sont constantes.

La maladie est connue depuis longtemps à Saint-Louis, elle était décrite sous le nom de molluscum généralisé.

M. Barthélemy. — Je crois que la première étude remonte à Rayer.

M. Darier. — Ce qui appartient à Recklinghausen, c'est le fait essentiel des rapports entre les fibromes et les nerfs.

M. Tenneson. — On ne peut contester la valeur de la découverte de Recklinghausen; mais, je le répète, outre les fibromes mous, il existe toujours chez ces malades des nævi d'une autre espèce. Enfin les fibromes ne sont pas tous en rapport avec les nerfs.

Cas de neuro-fibromatose (maladie de Recklinghausen).

Par M. Georges Thibierge.

Les cas de neuro-fibromatose sont actuellement assez nombreux pour qu'il n'y ait plus guère d'intérêt à en publier de nouveaux à moins qu'ils n'offrent quelque particularité.

Deux motifs m'amènent à vous entretenir de cette affection : d'une part, la présentation faite par MM. Leredde et Bertherand au mois de janvier dernier, d'un malade que j'avais eu l'occasion d'observer à la Pitié, m'a prouvé que cette affection était peu connue de la plupart des membres de la Société ; d'autre part, je voudrais relever chez le malade que j'ai l'honneur de vous présenter une pigmentation diffuse du visage que j'ai constatée dans plusieurs cas de neurofibromatose et que je n'ai pas vue signalée dans les descriptions classiques de cette affection.

Gustave Hot..., vidangeur, âgé de 27 ans, entre le 25 juillet 1898 pour une fistule à l'anus dans un service de chirurgie de la Pitié d'où il est évacué sur mon service au bout de quelques jours.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter, si ce n'est que le malade ne connaît dans sa famille aucun cas d'une affection semblable à la sienne.

Antécédents personnels. — Le malade ne peut donner de renseignements précis sur l'évolution des lésions cutanées dont il est porteur : il aurait remarqué il y a une dizaine d'années sur sa figure des « boutons » qui ont disparu depuis ; les tumeurs du tronc et des membres se seraient développées peu à peu sans qu'il puisse préciser l'ordre chronologique de leur apparition. Quant aux taches pigmentaires, il croit qu'elles remontent à sa naissance.

État actuel. — La peau du thorax et de l'abdomen est comme criblée de petites tumeurs variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une

grosse lentille, les unes ont la même coloration que la peau adjacente, les autres, les plus grosses, sont légèrement violacées ou bleuâtres et rappellent la coloration des taches de la phthiriase. Ces tumeurs sont arrondies, font une légère saillie au-dessus de la peau, mais toutes sont sessiles; leur consistance est mollasse.

La plus volumineuse des tumeurs de la paroi antérieure du tronc siège à droite, environ à 5 centimètres en dehors du mamelon et atteint le volume d'un pois.

Dans le dos, on voit également un grand nombre de tumeurs saillantes; mais la plupart sont si peu apparentes qu'on n'en constate la présence qu'en examinant la peau à jour frisant; au niveau de quelques-unes on ne voit qu'une tache violacée; à la palpation, elles ont également une consistance mollasse; ces tumeurs sont moins nombreuses qu'à la partie antérieure du tronc; à la région lombaire gauche, une tumeur plus volumineuse que les autres a été enlevée pour être examinée histologiquement.

Sur les membres, les tumeurs sont beaucoup moins abondantes que sur le tronc. Sur le membre supérieur droit on voit quelques petites tumeurs disséminées. Sur le membre supérieur gauche, on en trouve trois volumineuses dont une hémisphérique au-devant du deltoïde, 4 autres plus petites dans le pli du coude.

Aux membres inférieurs, on ne parvient à découvrir aucune trace de tumeurs.

L'extrémité céphalique est également indemne de tumeurs.

Outre les tumeurs précédentes, on constate sur le tégument de nombreux troubles de la pigmentation. Ces troubles sont de trois ordres :

1° De petites taches de coloration café au lait, de forme arrondie ou un peu anguleuse, mesurant un demi à 2 ou 3 millimètres de large. Ces taches, sont surtout nombreuses au niveau de la partie postérieure du cou et de la région dorsale; on en rencontre également au-devant de la poitrine, sur les flancs, l'abdomen et la partie supérieure des membres supérieurs et à la racine des cuisses. Sur le dos, on voit quelques taches arrondies atteignant jusqu'à 8 ou 10 millimètres de diamètre.

Sur le visage, il n'y a pas trace de petites taches pigmentaires.

2° Des taches pigmentaires de grandes dimensions, de forme généralement allongée dans le sens transversal, à contours réguliers ou très légèrement sinueux, ayant une couleur café au lait un peu plus foncée que celle des petites taches.

Sur l'abdomen, on voit deux taches de la largeur d'une amande, situées à droite et au-dessous de l'ombilic.

Sur le dos, on voit quatre taches ayant en moyenne la dimension d'une amande, occupant trois la région latérale gauche du thorax, une la région sous-scapulaire droite.

Sur les fesses, on voit sept grandes taches pigmentaires, deux à droite, cinq à gauche, irrégulièrement distribuées, à grand axe presque transversal, légèrement oblique. Une tache de la fesse gauche de forme arrondie, mesurant 8 centimètres de diamètre, de coloration café au lait claire, est recouverte de poils noirs minces et nombreux: c'est la seule tache pigmentaire qui soit pileuse.

Sur le bras droit, au niveau du V deltoïdien, on voit une tache de la dimension d'un œuf de poule ; cinq ou six autres de la dimension d'un flageolet, sont disséminées sur le bras.

Sur les jambes, à leur partie externe, on voit de larges plaques pigmentaires allongées parallèlement à l'axe du membre.

3° Le visage est le siège d'une coloration uniforme gris jaunâtre peu intense, rappelant la couleur de la terre de Sienne très étendue, cette coloration occupe tout le visage, et elle se prolonge sur le cou, où elle est un peu plus intense que sur le visage ; sa limite inférieure, située au-dessous des clavicules, est assez nettement accusée.

On ne constate de coloration analogue sur aucune autre partie du corps.

On trouve sur le trajet des nerfs périphériques, des tuméfactions très nettes, isolées et peu nombreuses sur la branche antérieure du médian, disposées en série et moniliformes sur le cubital au-dessus du coude.

Le malade présente des signes manifestes d'une intoxication alcoolique dont il reconnaît lui-même l'existence : crampes dans les mollets, cauchemars, tremblement. Il n'y a pas de troubles moteurs.

On ne constate aucun trouble du côté des viscères, à l'exception d'un certain degré d'hyperesthésie de la région hépatique.

Son développement intellectuel est très insuffisant ; il a appris très difficilement à lire et à écrire, quoiqu'il ait fréquenté l'école pendant plusieurs années, assez irrégulièrement d'ailleurs.

Il est de caractère plutôt triste et fréquente peu ses voisins, avec lesquels il se dispute cependant assez fréquemment. Il a manifesté à plusieurs reprises, dans le service, des tendances à la pédérastie.

Son crâne est aplati au niveau de la région frontale.

La voûte palatine est assez profonde, elle n'a pas la configuration ogivale, mais est anguleuse et en forme de toit.

Les dents manquent pour la plupart, celles de la partie antérieure ont été cassées par un traumatisme ; les molaires sont tombées spontanément à la suite de carie.

La neuro-fibromatose s'accuse ici par tous ses principaux caractères : les tumeurs cutanées et, sur le trajet des nerfs, la pigmentation en taches de petites dimensions et en larges taches allongées de couleur café au lait, la dégénérescence intellectuelle.

A ces traits classiques, il convient d'ajouter les déformations osseuses, portant sur le crâne et sur la voûte palatine, qui rentrent dans la série des déformations du squelette que l'on peut observer dans la maladie de Recklinghausen.

Il convient également d'ajouter la pigmentation diffuse du visage et du cou, qui est, d'après mon observation, aussi caractéristique que les taches pigmentaires si spéciales à cette affection, pigmentation que j'ai relevée dans un grand nombre de cas et qui existait chez la malade que M. Jeanselme vient de nous présenter.

Ce cas est donc classique. A des faits de ce genre, les dénominations de neuro-fibromatose ou de molluscum généralisé peuvent con-

venir; mais il est des cas, rentrant dans la même série morbide, où les tumeurs cutanées et nerveuses font défaut et pour lesquels ces dénominations ne sont pas justifiées: il en était ainsi chez une malade que j'ai présentée à la Société médicale des hôpitaux le 18 février dernier. Pour ce cas, j'ai proposé et je considère comme seule acceptable, malgré les objections que vient de faire M. Tenneson, la dénomination de maladie de Recklinghausen.

Sur le mécanisme de l'alopécie produite par l'acétate de thallium.

Par M. E. Jeanselme.

Parmi les accidents qui peuvent être causés par l'usage de l'acétate de thallium, le plus fréquent est certainement la chute rapide, complète et parfois définitive des cheveux.

Je vous présente une dame âgée de 49 ans qui vient d'être la victime de ce médicament nouvellement introduit dans la thérapeutique. Cette malade est sujette depuis 8 à 9 ans à des sueurs profuses qui persistent même l'hiver et qui par conséquent sont indépendantes de la température ambiante. Ces crises sudorales qui reviennent par accès plusieurs fois par jour n'offrent aucune localisation spéciale. Je n'ai pas pu en dépister la cause. On ne relève dans l'état présent ou passé de cette femme aucun signe de bacillose, aucun accident nerveux. La ménopause s'est effectuée sans incident, il y a trois ans.

Pour combattre cette sudation exagérée, un médecin conseilla des cachets contenant chacun 0,03 centigr. d'acétate de thallium. Cette malade en prit neuf, c'est-à-dire 0,27 centigr., en trois jours, du 11 au 14 août 1898. Elle cessa d'elle-même cette médication, d'abord parce que les sueurs étaient devenues moins abondantes et aussi parce qu'elle ressentait des douleurs assez vives dans les régions abdominale et lombaire.

Une quinzaine de jours après avoir pris le dernier cachet, un soir en se démêlant elle constate avec surprise que chaque coup de peigne détache des mèches considérables de cheveux. La masse de cheveux qu'elle perdit en deux jours peut être évaluée au tiers de la chevelure. Cette alopécie a été *soudaine* et non pas progressive.

Je vis cette femme pour la première fois le 6 septembre 1898, près d'un mois après l'intoxication. A cette époque je notai une absence presque complète des cheveux dans les régions temporales, sus-mastoïdiennes et occipitale. A droite, l'alopécie empiète en outre sur la région sus-frontale. Sur tout le reste du cuir chevelu les cheveux sont très espacés. Il suffit d'exercer la plus légère traction pour entraîner des mèches très épaisses sans que la malade en ait conscience. Ces cheveux ont gardé leur souplesse et leur résistance naturelle, leur couleur n'est pas modifiée. Quelques-uns viennent en entier, leur bulbe est atrophié et réduit à une petite masse blanche à peine visible. Mais la plupart se brisent dans l'intérieur du

follicule pileux, l'examen microscopique montre que le trait de la fracture est net et dirigé transversalement.

Cette alopécie ne s'est accompagnée d'aucune douleur, ni d'état général. La sensibilité du cuir chevelu, explorée dans tous ses modes, est demeurée intacte. La peau dénudée a son épaisseur normale, elle ne paraît pas atrophiée.

Les sourcils et les cils sont encore assez nombreux, mais ils s'arrachent avec une extrême facilité. Il en est de même des poils qui ombrent la lèvre supérieure de la malade. Les ongles des pieds et des mains ne sont pas modifiés,

A part un état saburral extrêmement prononcé, les organes internes paraissent fonctionner normalement.

18 septembre. Un mois après l'intoxication, quelques-uns des cheveux cassés, dont la croissance avait été ralentie mais non pas supprimée, émergent des follicules pileux de 4 à 6 centimètres environ. Si l'on examine à l'œil nu ou sous le microscope l'un de ces poils, voici ce qu'on observe. L'extrémité libre est bien colorée et semble renflée en massue ; la partie de la tige qui lui fait suite est grêle et incolore, puis le poil reprend graduellement sa coloration et son volume jusqu'à sa racine qui ne diffère en rien de celle d'un cheveu sain.

Le 30. Les cheveux ont grandi, l'intervalle compris entre l'étranglement et l'émergence du follicule s'est accru. Sur quelques longs cheveux qui ne sont pas tombés, on voit nettement une stricture en sablier située à un centimètre environ du cuir chevelu. Lors des premiers examens, cet étranglement n'avait pas été remarqué, il est probable qu'il était alors contenu en partie dans le trajet intra-folliculaire.

10 novembre. Actuellement, trois mois après l'absorption du toxique, de nombreux follicules paraissent déshabités ; la reprise de croissance ne s'est montrée que dans un certain nombre de ceux-ci, et il est à craindre que beaucoup d'entre eux ne soient irrémédiablement détruits.

Voici comment on peut, selon moi, interpréter cette curieuse dystrophie pilaire. L'extrémité libre qui semble renflée ne l'est pas en réalité ; c'est le vestige de la portion du poil qui était en voie de formation au moment où le toxique a été administré. C'est sur cette partie jeune et fragile qu'a porté la fracture intra-folliculaire. Le poison paraît avoir concentré ses effets sur la racine du cheveu, ce qui a déterminé un arrêt ou tout au moins une perturbation dans la pousse du poil. Cet état de souffrance se traduit par la partie étranglée et incolore. Au-dessous de celle-ci, le poil reprend sa vigueur et son aspect normal parce que le toxique a été éliminé.

Désirant pénétrer plus avant dans l'étude du mécanisme intime de l'alopécie thallique, j'ai prié M. le Dr Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, de faire l'analyse chimique des cheveux de la malade. Voici la note qu'il m'a remise.

Les cheveux préalablement divisés en menus morceaux ont été introduits dans un matras avec de l'eau régale et chauffés lentement

pendant plusieurs heures. La liqueur étant encore colorée après ce traitement, nous avons continué la destruction des cheveux par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse. On a obtenu ainsi un liquide qui, après évaporation, était presque incolore. Cette liqueur, soigneusement privée de chlore libre et de la majeure partie de l'acide chlorhydrique, a été soumise à l'électrolyse. Le pôle négatif s'est recouvert d'une légère couche grise. Le traitement de ce dépôt nous a fourni une solution absolument incolore qui n'a donné, au spectroscope, aucun des caractères du thallium. Le dépôt grisâtre n'ayant pas été complètement dissous par l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, nous avons employé l'eau acidulée par l'acide sulfurique sans plus de résultat. Il s'agissait évidemment de matières organiques. En somme, l'analyse chimique qui a porté sur une masse de cheveux représentant à peu près le tiers de la chevelure, n'a pas permis de déceler la plus petite parcelle de thallium.

Nous avons procédé à une synthèse en nous plaçant dans des conditions identiques. En additionnant des cheveux d'un dixième de milligramme de thallium, et en suivant la marche opératoire ci-dessus décrite, nous avons obtenu la raie caractéristique du thallium.

Il me semble impossible de tirer aucune conclusion ferme de ce résultat négatif. Je ferai remarquer seulement que l'analyse chimique a été faite un mois environ après l'administration du toxique, ce qui autorise à supposer que celui-ci était déjà éliminé au moment de la recherche. En outre, la plupart des cheveux soumis à l'analyse ne possédaient plus leur racine, par suite de la fracture intra-folliculaire qui est la règle ; or le poison semble surtout se localiser dans la partie profonde du follicule pileux.

Les causes occasionnelles qui favorisent l'alopécie thallique sont inconnues. Peut-être faut-il faire entrer en ligne de compte l'âge de la malade et une prédisposition antérieure à la calvitie commune.

L'alopécie thallique mérite d'attirer l'attention de tous les médecins, non seulement parce qu'elle montre avec quelle prudence il faut manier les médicaments nouveaux, mais aussi parce que l'étude expérimentale de cette intoxication jettera sans doute quelque lumière sur la pathogénie encore si obscure des alopécies en général.

M. Hallopeau. — Présumant que l'action dépilante si remarquable de l'acétate de thallium pourrait être utilisée localement contre les hypertrichoses, nous avons commencé à l'étudier expérimentalement sur le cobaye avec M. Laffitte; des frictions ont été pratiquées sur une surface dont les poils avaient été préalablement coupés court, avec une pommade contenant 50 p. 100 de sel; malheureusement, cette dose était trop forte et, en moins de 48 heures, l'animal a succombé; il n'y avait pas trace de dépilation dans la région frictionnée. Nous proposons de continuer ces recherches. Ce premier essai montre à quel degré cette substance

est toxique; nous avons constaté, d'autre part, que le même produit, en injections hypodermiques à la dose de 0,05 et même de 0,02 centigrammes tue ces mêmes animaux au bout de 2 ou 3 jours.

M. Sabouraud. — L'alopécie est limitée au cuir chevelu; les poils du corps ne sont pas tombés.

M. Jeanselme. — Cependant les sourcils et les cils ont été légèrement touchés; ils venaient sans difficulté à la moindre traction. Les ongles sont restés tout à fait indemnes.

Cas de syphilis ignorée. Phagédénisme tertiaire de la verge.

Par M. Emery.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne nous décèlent rien d'important au point de vue de l'hypothèse d'une syphilis héréditaire possible.

Le père, alcoolique invétéré, est mort à 48 ans d'accidents alcooliques. Sa femme affirme qu'il n'a jamais été suspect au point de vue des accidents vénériens. La mère du malade a 72 ans, est bien portante. Aucune affection antérieure à noter, jamais d'accidents cutanés. Elle eut 9 enfants dont 4 sont encore vivants, les 5 autres sont morts à des âges différents, deux seulement en bas âge, la cause de la mort n'a pu nous être rapportée.

Quant au malade actuel, il dit n'avoir jamais eu d'autres maladies que celle pour laquelle il est entré à l'hôpital, sauf cependant la rougeole à l'âge de un an et un prurigo chronique remontant à l'âge de trois ans.

Le malade est très alcoolique. Interrogé à ce sujet, il avoue prendre jusque dix et quelquefois quinze apéritifs par jour le matin avant son déjeuner.

Vers le 25 août dernier, dix jours environ après un coït suspect avec une femme de rencontre, le malade s'aperçut qu'il portait à la verge un bouton situé sur la face postérieure du gland, au voisinage du frein; il est entré peu après à Saint-Louis, salle Bazin, où on lui a fait des lavages de la verge au sublimé et des applications de pommade au calomel; le malade dit avoir subi récemment 3 injections hypodermiques de calomel qui le firent beaucoup souffrir. On a porté dans ce service le diagnostic de chancre induré.

Le malade est resté salle Bazin pendant trois semaines, durant lesquelles son mal n'a fait qu'empirer; il sort de l'hôpital, reste trois jours chez lui et enfin, vient à la consultation du samedi matin, le 19 septembre 1898. On l'admet salle Saint-Louis.

A cette date, on constatait que le gland était le siège d'une ulcération profonde, qui en avait entamé et détruit le tiers antérieur environ. Le fond de la plaie était recouvert par une eschare grisâtre, sale, d'un mauvais aspect, sans tendance à l'élimination, et ne présentait aucune disposition au bourgeonnement, les parties avoisinantes du gland et du prépuce étaient rouges et tuméfiées.

On prescrit à l'entrée du malade les injections quotidiennes de ben-

zoate de mercure, des bains locaux d'eau de guimauve, des bains d'une heure et des applications de poudre d'iodoforme. On constate en même temps la présence d'une croûte ecthymateuse sur la jambe gauche.

Au bout de huit jours, il n'y a aucune amélioration, l'ulcération gagne lentement en étendue et en profondeur; on prescrit des injections hebdomadaires de calomel qui furent bien supportées. L'état général est médiocre.

Le 9 octobre, le mal progresse de plus en plus, le malade souffre beaucoup, dort à peine la nuit, l'état général est mauvais, cependant il n'y a pas de fièvre; on prescrit de l'iodure de potassium et l'application de compresses de chlorure de zinc au 1/1000.

Le 12 octobre, on pratique de grands lavages du gland et de la verge avec une solution de permanganate de potasse au 1/6000 dont on fait passer vingt litres par jour ; entre les injections, on fait des pulvérisations de nitrate d'argent.

Ce traitement est employé sans grand résultat pendant quelques jours.

Le 15, on fait des attouchements au crayon de nitrate d'argent et de crayon de zinc. L'état général est toujours mauvais. Depuis cinq jours on donne au malade des grands bains simples, prolongés, où il séjourne pendant trois heures.

Le 19. Le gland est presque entièrement détruit, il se présente sous l'aspect d'un moignon noirâtre, momifié, en voie de sphacèle. Le malade souffre beaucoup.

Le 25. La verge est complètement amputée de son gland, la surface de section ulcérée ne présente aucune tendance à la réparation, le malade urine sans difficulté bien que la miction soit un peu douloureuse. Il est impossible de voir l'orifice de l'urèthre.

Le 28. Le malade a pour la première fois de la fièvre. L'état général est de plus en plus mauvais, sueurs, pâleurs, faiblesse ; on supprime les bains. Depuis le 25, on a cessé tout traitement interne. On procède seulement à des enveloppements humides de la verge, et on continue les vaporisations au sublimé au 1/3000.

La fièvre augmente les jours suivants et prend le type à grandes oscillations variant du matin au soir de 37° à 40° ; il tousse et crache abondamment, l'examen de ses crachats ne décèle aucun bacille tuberculeux; l'auscultation révèle une bronchite diffuse, surtout localisée au sommet du poumon gauche.

A ce moment la petite ulcération déterminée par la chute récente de la croûte ecthymateuse atteint la dimension d'une pièce de cinq francs, l'ulcération plus petite, qui se trouve au-dessous, atteint la dimension de 50 centimes. Toutes deux ont le caractère de gommees cutanées, bords ovalaires, réguliers, taillés à pic, fond rouge et sanieux.

On continue les jours suivants les pulvérisations de sublimé et on donne au malade des toniques : quinquina, etc.

Le 1er novembre, la fièvre retombe, les signes stéthoscopiques disparaissent, l'état général est meilleur.

Le 3. La verge prend un meilleur aspect, l'eschare est presque totale-

ment éliminée et l'ulcération paraît limitée, le fond de la plaie prend meilleur aspect, quelques bourgeons charnus apparaissent.

A ce moment on fait une piqûre de calomel, on donne 8 grammes d'iodure de potassium, amélioration.

Le diagnostic de cette affection phagédénique est resté longtemps en suspens. L'objectivité de la lésion, à l'entrée du malade dans le service, paraissait justifier le diagnostic précédent de chancre phagédénique.

Cette interprétation erronée était en apparence confirmée par la présence sur le tronc, les fesses, les cuisses, de petites taches papulo-érythémateuses assez différentes, d'ailleurs, des éléments relevant de l'affection cutanée chronique dont souffre le malade depuis son enfance. Celles-ci n'ayant du reste subi ni progression ni régression et perdant ainsi leur valeur séméiologique au point de vue d'un accident primitif possible; de plus, le traitement antispécifique énergique (injection de sels solubles, alternativement avec le calomel) paraissant dépourvu d'action curative, l'idée d'une affection syphilitique fut abandonnée et les efforts concentrés sur le choix de traitements purement locaux. Leur emploi fut d'ailleurs bienfaisant, car sous leur action, la plaie se détergea lentement, les eschares s'éliminèrent et les souffrances du malade s'atténuèrent.

Cependant les ulcérations de la jambe dont le caractère paraissait incertain et atypique à leur apparition, prenaient de l'extension et accusaient, dans leur plein développement, une physionomie telle que M. le professeur Fournier n'hésita pas à y reconnaître tous les caractères des gommes syphilitiques cutanées. Alors le diagnostic s'imposa, il s'agissait d'une ulcération phagédénique tertiaire. Le traitement mercuriel repris immédiatement et conjointement avec l'iodure à haute dose paraît devoir achever rapidement une guérison heureusement préparée par l'emploi des topiques locaux.

L'absence de tout antécédent syphilitique chez ce malade avait été la cause première de l'exclusion de ce diagnostic.

Il s'agit donc ici d'une syphilis ignorée, probablement acquise, car nos investigations minutieuses dans le domaine des antécédents paternels et maternels, ne nous permettent guère de supposer qu'il s'agisse ici d'une syphilis héréditaire.

Si le malade a hérité d'une tare paternelle, c'est bien d'habitudes d'alcoolisme invétérées chez son père et portées au dernier degré chez lui-même.

Peut-être doit-on chercher dans cette hérédité paternelle, la cause de l'affection cutanée chronique, véritable stigmate de dégénérescence, qui l'a frappé dès sa plus tendre enfance.

En tout cas, ses propres excès paraissent amplement justifier la

particulière malignité de l'affection phagédénique pour laquelle nous le présentons aujourd'hui à la Société.

Sur un nouveau cas d'épithélioma de la face guéri par la méthode de Cerny-Trunecek.

Par MM. Gastou et Haury.

M. X..., âgé de 54 ans, présente depuis 6 mois une lésion ulcéreuse de la racine du nez, pour laquelle il vient consulter à l'hôpital Saint-Louis.

Cette ulcération est constituée par deux parties circulaires unies entre elles par une bande longitudinale.

Un des cercles occupe la racine du nez dont il déborde la face antérieure, l'autre cercle est immédiatement en rapport avec l'angle interne de l'œil gauche. Chacun d'eux est le résultat d'une ulcération nettement circonscrite, à bords à pic formant bourrelet, le fond est formé d'un tissu bourgeonnant et couvert de pus étalé en nappe. L'affection n'est pas douloureuse. En présence de l'extension continue, le malade qui n'a pas consenti à l'ablation accepte les applications d'acide arsénieux, suivant la méthode de Cerny-Trunecek.

Ces applications ont été au nombre de 7 et pratiquées ainsi :

Trois jours de suite, badigeonnages avec une solution d'acide arsénieux au 150e.

Les deux jours suivants avec une solution au 100e. Puis, deux jours avec une solution au 50e.

Il survint alors une conjonctivite tellement intense, que le malade fut obligé de cesser tout traitement actif pendant huit jours.

Une croûte s'était formée pendant ce laps de temps. Après qu'elle eut été enlevée, des pansements à l'iodoforme et des pulvérisations journalières amenèrent rapidement le bourgeonnement des plaies et aujourd'hui, quoique les badigeonnages aient été peu fréquents, le malade ne présente qu'une petite ulcération à peine visible, vers la racine du nez.

Dans le cas actuel la méthode de Cerny-Trunecek a agi avec une rapidité et une sûreté remarquables. Il est vrai que le malade n'est pas encore guéri et qu'il n'est pas à l'abri des récidives.

Nous dirons même que la récidive nous paraît à peu près fatale, notre conviction se basant sur l'étude histologique d'une biopsie faite avant l'application du traitement. Il semble résulter en effet, de l'examen de cinq cas, dans lesquels, après examen biopsique préalable, la méthode de Cerny-Trunecek a été appliquée, que :

1° Plus l'infiltration de cellules lymphatiques est abondante, mieux agit le traitement et meilleur est le pronostic.

2° La récidive est d'autant plus certaine et rapide que les cellules épithéliales sont mieux organisées et plus régulièrement groupées en amas ou en cordons épithéliaux.

Chez notre malade, l'examen biopsique nous a montré une proportion à peu près égale de cellules néoplasiques et de cellules lymphatiques. Il n'y a prédominance des cellules ni dans un sens, ni dans l'autre : la récidive nous semble devoir être rapide quoique la lésion soit très modifiable par le traitement.

La variabilité de structure des épithéliomas de la face est considérable. Il faudrait disposer d'un grand nombre de cas pour arriver à des conclusions pronostiques et thérapeutiques. Jusqu'à présent, nous croyons pouvoir conclure de nos examens, que : dans les épithéliomas de la face, il existe un véritable antagonisme entre le développement du tissu épithélial et du tissu lymphatique, la prédominance de l'un ou l'autre tissu donnant à la néoplasie sa bénignité ou sa malignité relatives et la rendant plus ou moins curable et plus ou moins récidivante.

M. Brocq. — J'ai expérimenté la méthode de Cerny dans un cas d'épithéliome très étendu, et j'ai obtenu d'excellents résultats.

M. Hermet. — Quelquefois l'eschare déterminée par l'application de la méthode de Cerny se détache très difficilement, et la cicatrisation ne se fait pas.

M. Danlos. — On peut, après avoir détruit un épithélioma par ce procédé, observer de très nombreux points de récidive qu'il faut poursuivre avec persévéranee pour arriver à la guérison définitive.

M. Hermet. — C'est ce que j'ai vu également.

Dermatite herpétiforme aiguë consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium.

Par M. H. Danlos.

Le malade que je présente à la Société est un exemple remarquable des désordres cutanés que peut provoquer l'emploi de l'iodure de potassium chez certains sujets doués d'une sensibilité particulière. Il a été atteint de lésions vésiculeuses et bulleuses prédominant sur la face et les extrémités ; aujourd'hui les lésions cutanées sont en voie de régression, et au niveau de la face et des mains seulement on trouve encore quelques altérations récentes.

Observation clinique, par MM. Danlos et Leredde. — L..., menuisier, 50 ans, entré le 3 septembre 1898, salle Bichat, n° 51, service du Dr Danlos, suppléé par le Dr Morel-Lavallée.

Les parents sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 10 ans. Variole en 1863. A eu deux blennorrhagies complètement guéries.

En 1883, le malade a reçu un coup de scie sur la jambe gauche, et depuis, il présente un ulcère de jambe, pour lequel il est venu à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis. Jamais cet ulcère n'a été considéré comme syphilitique et jamais le malade n'a pris d'iodure de potassium, ni de mercure.

Le malade est alcoolique, buveur de vin.

Il n'a pas eu d'enfants.

A l'entrée du malade à l'hôpital, M. Morel-Lavallée, considérant l'ulcère de jambe comme d'origine syphilitique possible, prescrit le traitement ioduré à la dose de 3 grammes par jour. Ce traitement a été continué pendant 8 ou 9 jours.

Au bout de quelques jours, le malade éprouve un prurit intense, généralisé, des fourmillements, surtout le soir et à la chaleur du lit. Puis apparaissent de l'érythème sur le cou et le dos, des bulles sur la face dorsale des mains, plus tard seulement sur les pieds.

La conjonctive devient rouge, et on observe un écoulement abondant de sérosité nasale. Pas d'angine. Pas de bulles sur les muqueuses buccales.

M. Morel-Lavallée suspendit immédiatement l'iodure.

Pendant tout le mois de septembre, ces lésions persistent. Chaque jour une vingtaine de bulles se développent sur les mains, les pieds, le cuir chevelu, les oreilles, la face même.

6 octobre. On constate sur la face la présence de vésicules peu nombreuses, disséminées, qui se sont développées pendant la nuit. Les vésicules saillantes ont un volume qui varie de celui d'une grosse tête d'épingle à celui d'un pois ; elles sont remplies d'un liquide citrin.

On constate en outre sur la face des lésions érythémateuses à bords vagues, qui déterminent un prurit intense, des croûtelles sanguines de passage et des traces de vésicules anciennes, ouvertes.

Sur le cou et la nuque, croûtelles sanguines, vésicules affaissées.

Dans le cuir chevelu, on constate une desquamation grasse universelle.

De temps à autre, le malade en se grattant détermine l'issue de liquide sur certains points, où il se forme évidemment des vésicules.

Sur les épaules, croûtelles de grattage.

Sur les deux tiers supérieurs du dos, on constate des lésions érythémateuses de teinte rosée : quelques-unes sont figurées, dessinent des arcs de cercle, d'autres sont papuleuses. De place en place on trouve sur ces saillies de très petites vésicules. Sur quelques-unes, on voit des croûtelles sanguines.

Aux membres supérieurs, on ne trouve de lésions érythémateuses, vésiculeuses, de lésions de grattage qu'à la face postérieure des coudes.

Mais la face dorsale des mains et des poignets est presque universellement rouge. Ces régions représentent le lieu d'élection des formations vésiculo-bulleuses, on y trouve également de vastes phlyctènes de la dimension d'une pièce de un franc, entourées d'une aréole hyperhémique.

Jeunes, les vésicules et les bulles sont citrines, mais très rapidement elles se troublent.

Ongles sains.

Prurit intense de la paume des mains

Sur les fesses, on retrouve des lésions érythémateuses disséminées.

Sur les membres inférieurs, les bulles sont tout à fait rares ; on trouve quelques croûtelles sanguines de grattage à la face antérieure des genoux. De temps à autre, quelques bulles se forment sur les pieds.

Muqueuses. La muqueuse buccale est saine, on retrouve encore des lésions de conjonctivite, beaucoup moins intense du reste qu'elle ne l'a été.

On ne peut trouver d'iodure de potassium dans l'urine.

Le 7. Le malade ne dort pas à cause du prurit. Ce matin on ne trouve que deux ou trois bulles nouvelles sur les pieds.

Le 8. Quelques bulles dans le cuir chevelu, deux ou trois nouvelles sur la main gauche, une sur la droite. Le prurit est surtout intense au niveau du dos, recouvert de lésions de grattage.

Le 11. Le nombre des bulles nouvelles diminue chaque jour, mais le prurit persiste et empêche tout sommeil. On constate dans le dos la présence de lésions érythémateuses jeunes.

Le 16. Il n'existe pas de bulles nouvelles ce matin. Le prurit a beaucoup diminué le jour : il survient *brusquement* le soir à six heures et disparaît *brusquement* à une heure du matin.

Lésions de grattage nombreuses sur le dos et les épaules, et la région sternale. Il existe encore des lésions érythémateuses nombreuses sur le dos.

Le 26. Le malade a dormi cette nuit pour la première fois. Des vésicules et des bulles se forment encore sur les mains et dans le cuir chevelu.

Le 29. Amélioration notable. Le malade dort pendant presque toute la durée des nuits. Sur le dos, on ne constate presque plus d'érythème, mais seulement quelques lésions de grattage.

Cependant le malade présente encore aujourd'hui une bulle volumineuse sur la main droite. Il n'en existe plus sur les pieds.

2 novembre. Il n'existe plus de lésions nouvelles de la peau. Sommeil excellent.

Le 4. Le malade va de mieux en mieux. Il ne s'est pas gratté cette nuit, même dans le dos, et dort très bien. La peau du corps entier paraît saine. Il ne reste de prurit qu'au niveau de la face, des avant-bras et des mains.

Sur les mains on constate de la rougeur diffuse, qui paraît être le résidu des lésions inflammatoires disparues ; il n'y a aucune vésicule nouvelle, on trouve encore quelques croûtelles de grattage, qu'on observe également sur les avant-bras et la face.

Une bulle s'est développée hier sur l'oreille ; ce matin elle a déjà une couleur blanc opalin. Mais le liquide qui s'en écoule est clair.

Le 8. Quelques petites bulles dans les conduits auditifs externes. Il n'y a de prurit qu'au niveau des oreilles et de la face dorsale des poignets, il est du reste très léger. Le sommeil est excellent.

État viscéral. — Les poumons et le cœur sont sains.

Les urines examinées à l'entrée du malade, à l'hôpital, ne contenaient ni sucre ni albumine. Dans le courant d'octobre, M. Danlos a trouvé à plusieurs reprises des traces insignifiantes d'albumine.

A la fin d'octobre, les ganglions axillaires, inguinaux et cervicaux sont hypertrophiés. La rate est à peine perceptible à la percussion.

Traitement. — A partir du 20 octobre, le malade a pris régulièrement de l'arsenic (deux cuillerées à bouche par jour de la solution à 0,05 d'arséniate de soude pour 300 d'eau).

M. Danlos. — L'intérêt de cette communication n'est pas dans l'action d'ailleurs problématique de l'arséniate de soude, mais dans ce fait que, malgré la suppression de l'iodure, les poussées éruptives ont continué pendant plus de six semaines. Par là, ce fait de toxicodermie se distingue de ceux qui ont été publiés sous le nom d'érythèmes multiformes iodopotassiques et se rattache à la série des dermatites herpétiformes aiguës, telle du moins qu'on la conçoit en France après les travaux de M. Brocq. Pendant six semaines, nous avons eu sous les yeux le tableau typique d'une dermatite herpétiforme aiguë. J'ajoute que l'identité se poursuivait jusque dans les caractères microscopiques des lésions ; M. Leredde (voir plus loin) qui a bien voulu faire pour nous cette recherche, a trouvé dans le sang du malade et dans le liquide des bulles une grande quantité d'éléments éosinophiles. Depuis la guérison, le nombre de ceux-ci est redevenu presque normal ; à moins d'admettre l'intervention fortuite d'une dermatite herpétiforme spontanée, je ne crois pas que l'on puisse attribuer cette dermatose à une autre cause qu'à l'iodure. Il en faudrait conclure que dans des cas très exceptionnels et chez des sujets prédisposés, ce médicament peut déterminer des dermatoses évoluant suivant le type aigu de la dermatite herpétiforme. Ce fait n'a pas, que je sache, été encore signalé.

M. Leredde. — Au point de vue clinique, ce malade me semble présenter une difficulté insoluble, et je suis très reconnaissant à M. le Dr Danlos, d'avoir bien voulu m'en confier l'étude. L'examen hématologique, l'examen du liquide des bulles me permettent de démontrer qu'il offre non un érythème vésiculo-bulleux vulgaire, mais une dermatose de Duhring aiguë, d'origine iodopotassique.

Je demanderai à M. Brocq de vouloir bien nous dire s'il connaît jusqu'à présent des faits de dermatite herpétiforme d'origine iodique ?

M. Brocq. — Je n'en ai pas observé jusqu'ici et je ne me rappelle pas que les divers auteurs en aient signalé.

Pelade décalvante totale (récidive) avec lésions des ongles.

Par MM. J. Darier et L. Le Sourd.

Le malade que voici est atteint d'une pelade décalvante totale, présentant deux particularités intéressantes : c'est une pelade récidivante et elle s'accompagne de lésions unguéales. C'est à ce double titre qu'elle nous a paru digne de vous être présentée.

Le 2 novembre de cette année, Abel B... se présente à la consultation de l'hôpital La Rochefoucauld. Le malade est atteint d'alopécie généralisée.

Voici ce que l'on constate à l'examen des diverses régions : Le cuir chevelu paraît entièrement glabre; en cherchant bien au milieu de ce désert, on finit cependant par trouver à la région pariétale gauche, 6 à 7 petits points noirs, seuls vestiges de cheveux cassés, normalement pigmentés. En regardant le crâne à jour frisant, on aperçoit quelques cheveux décolorés, très grêles, disséminés sur le cuir chevelu. Au moment où nous l'examinons, le cuir chevelu est lisse, brillant, légèrement rosé ; cette coloration est sans doute due à l'emploi des lotions excitantes; d'ailleurs, le malade nous dit qu'avant le commencement du traitement, le cuir chevelu était très blanc, presque livide. Les follicules pileux ne sont pas dilatés ; on ne trouve nulle part d'utricules cornés. En appuyant fortement sur le cuir chevelu, on obtient un suintement légèrement gras, assez abondant. Le malade transpire facilement, surtout au niveau du cuir chevelu.

Les sourcils ont entièrement disparu ; les cils ont égalemeut disparu, sauf à la paupière supérieure droite, où persiste un petit bouquet de 4 cils, qui sont normalement pigmentés et adhérents. La moustache et la barbe ont disparu.

L'alopécie existe sur tout le reste du corps, quoique moins complète qu'à la face et au cuir chevelu.

La région pré-sternale est entièrement glabre ; elle présentait d'ailleurs peu de poils avant la maladie. En examinant les aisselles, on trouve à droite 5 poils, à gauche 21 poils, faiblement pigmentés, longs, disséminés. Les bras, les avant-bras, le dos des mains sont glabres (les poils y étaient également peu fournis).

Au pubis, quelques poils pigmentés, longs et durs ; la région périnéo-anale est glabre. Même alopécie aux cuisses ; quelques poils normaux aux jambes et aux pieds.

Le système pileux n'est pas seul atteint chez notre malade, *les ongles* présentent également des lésions intéressantes. Ces lésions sont de deux ordres : d'une part, les ongles des deux mains son ponctués, comme grêlés ; ces ponctuations dessinent à leur surface des traînées longitudinales ; ils ont perdu leur transparence. D'autre part, l'ongle de l'annulaire droit présente une apparence micacée toute spéciale, il présente une teinte jaune, tachée de blanc, et paraît infiltré d'air. Les ongles ne sont cependant pas friables, ni plus cassants que normalement. Les ongles des orteils sont normaux.

Notons, en passant, qu'au cours de l'examen du malade, nous avons constaté la présence d'un placard de leucoplasie à la face interne de la joue gauche, placard répondant à l'union des arcades dentaires.

Si maintenant nous interrogeons le patient, nous apprenons qu'Abel B... est âgé de 27 ans. Il ne se rappelle pas avoir été malade depuis sa première enfance. Son père est atteint de diabète insipide ; sa mère est bien portante. Notons, à titre de curiosité, que son grand-père maternel, vers l'âge de 40 ans, est devenu entièrement alopécique ; l'affection aurait débuté

par des plaques dans la barbe. Ni frères, ni sœurs. Le malade ne connaît de nerveux d'aucune sorte dans sa famille.

En décembre 1889, il avait alors 19 ans, B... en se faisant couper les cheveux s'aperçoit que ses cheveux sont tombés à la région temporale gauche, laissant ainsi une plaque dénudée, grande comme une pièce de cinq francs ; huit à dix jours après, apparaît une seconde plaque occipitale. Le malade est soigné un mois en ville, puis vient à l'hôpital Saint-Louis. A ce moment, il était porteur de nombreuses plaques alopéciques.

Il entre, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Fournier, où il est examiné par M. Feulard : il est traité par des lotions excitantes à l'acide acétique, et des vésicatoires liquides de Bidet. Malgré le traitement, l'alopécie gagne de plus en plus, et huit mois après le début de l'affection, l'alopécie est totale. Il n'y avait alors aucune lésion unguéale, nous dit le malade.

Au bout d'un an, les cheveux commençent à repousser (fin de l'année 1891), d'abord des follets peu adhérents, puis des cheveux blancs, qui peu à peu se repigmentent par places, et reprennent leur couleur châtain foncé primitive. La barbe pousse alors pigmentée ; le malade ne se souvient pas de l'avoir vue blanche.

En février 1892, le malade cesse de porter perruque, les cheveux ayant partout repoussé, mais jusqu'au mois d'août 1892, il lui reste des îlots de cheveux blancs. La partie gauche de la moustache reste moins fournie que la partie droite.

Depuis cette époque jusqu'au commencement de l'année 1897, c'est-à-dire pendant une période de cinq ans, le malade reste parfaitement guéri. Une photographie faite il y a 18 mois, que nous a communiquée le malade, nous montre qu'il avait alors une chevelure bien fournie, et une barbe déjà coquette. Le malade dit avoir eu, pendant cette période, beaucoup de pellicules ; les cheveux se laissaient arracher facilement par le peigne.

Dans les premiers mois de 1897, apparaît, à la région frontale, une petite tache alopécique, médiane, allongée dans le sens antéro-postérieur, et grande environ comme 1 franc. Pendant un an, cette plaque, bien que traitée par l'acide acétique, reste stationnaire. En mars 1898, une plaque temporale droite, puis une occipitale, grande comme 2 francs, se produisent presque en même temps ; puis apparaissent des plaques dans la barbe. Le nombre de plaques alopéciques va en augmentant ; le malade se fait raser, et à partir de ce moment les cheveux ne repoussent plus.

L'alopécie gagne alors très rapidement le corps entier. Le malade est soigné en ville (lotions excitantes, liqueur de Baumé à l'intérieur) jusqu'au moment où il se présente à la consultation de La Rochefoucauld.

Le malade n'a jamais eu de troubles nerveux d'aucune sorte ; l'examen des réflexes nous montre cependant une exagération marquée des réflexes rotuliens, du coude et du poignet ; il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le malade est d'un caractère égal, plutôt gai, plaisantant sur sa calvitie, malgré l'aspect bizarre et disgracieux qu'elle lui donne ; aucune trace d'hypochondrie chez lui.

Quant aux circonstances qui ont pu accompagner le début de sa mala-

die, le malade affirme n'avoir eu à aucun moment, ni émotion, ni contrariété, ni chagrin, ni excès de travail d'aucune sorte, qui pût avoir déséquilibré son système nerveux.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter au point de vue de l'histoire générale des pelades.

L'aspect clinique de l'affection, son début nettement caractérisé par une alopécie en aires, l'absence de tout trouble nerveux (l'exagération des réflexes, signe d'ailleurs isolé, peut être simplement due à un début d'intoxication par la strychnine, le malade ayant pris récemment de la liqueur de Baumé à dose relativement élevée), tout cela permet d'écarter l'hypothèse d'une tropho-névrose.

Il s'agit donc bien d'une pelade, pelade généralisée, présentant cette particularité de s'accompagner de lésions des ongles. On peut seulement se demander si, dans ce cas, l'infection microbienne, soit que la virulence du microbe ait été exaltée par une cause inconnue, soit que les toxines aient été sécrétées en plus grande abondance, si cette infection n'agit pas plus profondément qu'on ne le pense, puisque non seulement le système pileux tout entier, mais encore d'autres phanères, les ongles, sont atteints par elle.

M. Darier. — Ce malade offre un double intérêt, en raison de ses lésions unguéales d'abord, à un point de vue plus général, en tant que document pour l'étude de la pelade.

Je demande la permission à l'occasion de cette présentation, d'en rappeler une autre que j'ai faite le 3 juin 1897, au moment de la discussion sur la séborrhée et la pelade.

Il s'agissait d'une alopécie totale survenue au cours d'une séborrhée ancienne ; nulle part on ne trouvait de déglabration totale, comme c'est le cas ici, sur nombre de points ; la repousse des follets était incessante, les utricules séborrhéiques existaient partout, les ongles étaient normaux. Il me paraît évident qu'on ne peut pas ranger dans le même cadre la *séborrhée décalvante aiguë* et la *pelade décalvante.*

M. Sabouraud. — Pour moi, ce n'est pas un exemple de pelade *séborrhéique* microbienne, mais bien un cas de l'ophiasis de Celse que j'ai décrit récemment.

Cette observation présente deux particularités intéressantes. D'abord, le grand-père du malade a été, lui aussi, atteint d'alopécie totale. Or, j'ai observé quatre fois l'hérédité de cette affection.

En second lieu le malade présente de la pelade des ongles. En 1892, M. Besnier, quand j'avais l'honneur d'être son interne, me montra cette lésion pour la première fois. Je ne l'ai jamais observée dans la pelade séborrhéique. Dans l'ophiasis elle n'est pas rare. Six enfants traités en ce moment à l'École Lallier pour leur pelade ophiasique présentent des lésions unguéales de ce type plus ou moins marquées.

M. Brocq. — J'ai déjà observé des lésions unguéales dans des cas de

pelade décalvante ; un de mes malades présentait des altérations de tous les ongles des mains et des pieds.

M. Hallopeau. — Tous ces malades peuvent être rapidement améliorés par des badigeonnages avec un crayon contenant 35 p. 100 de chrysarobine suivant le procédé de Galewsky.

Chéloïde récidivée après ablation chirurgicale.

Par M. Georges Thibierge.

La récidive des chéloïdes après l'ablation chirurgicale, si étendue qu'elle soit, est une notion classique sur laquelle il semble inutile de revenir. Assurément, je n'aurais pas eu la pensée d'en montrer un nouvel exemple si, dans une discussion assez récente de la Société de chirurgie (3 et 10 juin 1896), l'intervention chirurgicale active n'avait été préconisée dans le traitement des chéloïdes.

En présence de ces assertions, il convient de reprendre l'étude du sort des chéloïdes traitées chirurgicalement, et il est bon de faire voir à nouveau qu'elles peuvent récidiver et, à la récidive, atteindre des dimensions plus considérables qu'avant l'intervention.

La malade que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société est une jeune fille de 16 ans que je lui ai déjà présentée le 14 janvier 1897. Je la montrais à cette époque comme un exemple très rare de chéloïde consécutive à l'application de teinture d'iode, ou mieux de chéloïde consécutive à une brûlure produite par une cautérisation au moyen de la teinture d'iode.

Au mois de janvier 1897, la chéloïde, qui occupait la partie moyenne de la région précordiale, était constituée par une bride transversale mesurant 15 millimètres de hauteur et 3 de saillie, munie de prolongements latéraux bridés et irréguliers, ne dépassant pas 5 centimètres de hauteur sur 3 de largeur, le prolongement gauche s'étendant dans la région sus-mammaire jusqu'à 6 centimètres de la ligne médiane.

Pendant quelques mois, je soumis la malade à des séances régulières de scarifications linéaires et je vis la chéloïde se réduire légèrement; les douleurs assez vives que produisait la chéloïde avaient presque complètement disparu.

Mais la malade, trouvant les progrès trop lents, quitta le service et alla consulter un chirurgien qui lui fit d'abord des cautérisations au thermocautère et finalement fit l'ablation totale de la chéloïde au bistouri le 27 juin 1898.

Au bout de 8 jours, les points de suture furent enlevés et la cicatrisation semblait se faire normalement, lorsque 15 jours après l'opération, la malade vit une tuméfaction apparaître sur le trajet même de l'incision.

C'était le début de la tumeur de récidive, qui depuis lors ne cessa de s'étendre

jusqu'il y a 6 semaines, en même temps que se reproduisaient des douleurs identiques à celles que causait primitivement l'affection.

Actuellement, la chéloïde forme au-devant de la partie moyenne du sternum une bande horizontale de 14 centimètres de longueur, dont les deux tiers sont situés à gauche de la ligne médiane. Au niveau de la ligne médiane, où elle atteint son maximum d'épaisseur, cette bande est limitée par des bords abrupts et mesure 28 millimètres de hauteur ; à droite et à gauche, elle s'étale en un prolongement arrondi, qui, du côté gauche, s'aplatit encore en dehors pour atteindre la région sus-mammaire ; à gauche un prolongement part de son bord supérieur pour se porter en avant et en dehors sur une étendue de 3 centimètres.

Cette tumeur a une coloration générale rouge, parcourue par de nombreuses dilatations vasculaires de 1/2 à 1 millimètre de large. Elle a une consistance fibreuse.

Au niveau de la portion rétrécie située au-devant du sternum, on voit à la partie inférieure deux tractus obliques larges de 1 millimètre et longs de 8 à 10 millimètres correspondant à des points de suture. En outre, sur toute la périphérie de la tumeur et de ses prolongements, on voit, régulièrement espacés et correspondant évidemment aux points de suture, des saillies arrondies, de 1 à 2 millimètres de diamètre, de coloration blanchâtre et de consistance fibreuse.

En résumé, le résultat de l'excision de la chéloïde est la réapparition d'une tumeur qui, moins de 3 mois après l'opération, avait atteint des dimensions supérieures à celles de la tumeur primitive, tumeur bordée par une série de petites tumeurs chéloïdiennes correspondant à chacun des points de suture, et cette tumeur est au moins aussi douloureuse que la première.

Voilà un résultat, certes, peu encourageant.

Syphilomes multiples de la bouche.

Par MM. Fournier et Lœper.

Le nommé P..., âgé de 46 ans, présente des lésions d'infiltration diffuse de la lèvre inférieure, de la langue et du palais.

Il contracta un chancre syphilitique en 1887. Ce chancre fut excisé, huit jours après son apparition, par M, le Dr Humbert, à l'hôpital Ricord.

La roséole n'en apparut pas moins à échéance normale et dura environ un mois.

A partir de cette époque, apparurent sur la langue un certain nombre de plaques muqueuses que le malade cautérisa à la teinture d'iode et au nitrate d'argent. Bien que le malade ne fût pas fumeur, ces plaques récidivaient avec régularité tous les deux mois, traitées uniquement par une dose quotidienne de 3 grammes d'iodure de potassium. Le mercure ne put être ordonné à cause de l'irritation gingivale immédiate.

Cet état dura jusqu'en 1897, époque à laquelle la lèvre inférieure s'hypertrophia uniformément.

Cette lésion céda, mais en partie seulement, après traitement iodurique de quelques semaines.

Depuis ce moment, le malade ne cessa de prendre tous les jours 3 grammes d'iodure de potassium avec quelques légers phénomènes d'intolérance passagers, tels que coryza, conjonctivite, parotidite, légère salivation et acné thoracique et faciale.

En octobre 1897, apparut sur la voûte palatine du côté gauche, une induration mamelonnée qui envahit en quelques jours toute la région. En certains points même la muqueuse s'exulcéra.

L'hypertrophie de la lèvre inférieure augmentait en même temps et la langue restait à peu près indemne, ne présentant qu'une ligne peu large de muqueuse dépapillée et vernissée.

C'est dans cet état qu'en juillet 1898, il fut examiné dans le service de M. Fournier qui diagnostiqua : syphilome hypertrophique tuberculeux de la voûte palatine, et syphilome de la lèvre remarquable par sa souplesse.

Il ne fallait pas songer aux injections de sels mercuriques, vu l'état de la bouche, et le malade ne prit, pendant son séjour de un mois à la salle Saint-Louis, qu'une dose moyenne de 4 grammes d'iodure de potassium.

La lèvre s'améliora, le palais restait stationnaire. Perdu de vue jusqu'au mois de novembre, il se présenta de nouveau à la consultation avec les lésions suivantes :

Lèvre inférieure. — Doublée de volume, éversée, pendante, très légèrement indurée. Sur la muqueuse, une ou deux fissures.

Près du frein de la lèvre, la muqueuse est soulevée en deux saillies papillomateuses très mobiles, comme pédiculées.

Gencives inférieures. — En arrière de la dernière grosse molaire, saillies papillomateuses analogues aux précédentes et légèrement douloureuses à la pression.

Région sublinguale saillante, mamelonnée. La glande sublinguale apparaît comme une tumeur bilobée, allongée dans le sens transversal.

Langue très augmentée de volume. Les bords sont dentelés, gardent l'empreinte des dents. La face dorsale est dépapillée par places, fissuraire en d'autres points et présente deux ulcérations peu profondes à bords non décollés, mais irréguliers. La forme est très modifiée, la pointe de la langue s'est étalée. A la palpation, l'induration est légère, mais profonde. L'aspect général est plutôt œdémateux.

Voûte palatine. — Les dents semblent implantées sur le pourtour d'un gâteau appliqué sur la voûte et les repoussant en dehors. La surface générale de ce gâteau est plane, ne rappelant aucunement la concavité habituelle du palais.

Il semble divisé en deux tuméfactions latérales séparées par un sillon médian. Chaque partie est mamelonnée, comme injectée au suif, présentant en certains points de petites saillies verruqueuses peu abondantes.

En arrière l'infiltration, qui semble se limiter au placard glandulaire, s'arrête brusquement et le doigt peut sentir comme une marche d'un demi-centimètre d'où l'on descend sur la partie mobile du voile.

En résumé, syphilome labial, palatin, lingual avec, en certains points de la muqueuse buccale, des productions hypertrophiques semblables mais limitées, tels sont les seuls accidents présentés par ce malade, non fumeur et pourtant toujours atteint à la bouche par sa syphilis, et traité uniquement et irrégulièrement par l'iodure de potassium à l'exclusion de produits mercuriels.

M. Barthélemy. — J'ai observé pendant 21 ans une malade dont l'affection linguale a duré tout ce temps, n'ayant eu que quelques courts mois de guérison passagère. Il s'agit d'une glossite épithéliale marginée, caractérisée par la mise à nu des papilles de la muqueuse et par l'apparition sur celle-ci d'une foule considérable de petits lisérés blanchâtres festonnés ou hémicerclés, fort mobiles, que nous considérions jadis comme dus au parasite de Van Lair. Cette affection préexistait à la syphilis dont cette malade, alors âgée de 20 ans, était traitée à Lourcine où j'étais interne (chancre induré très net). Cette femme, marchande aux Halles, fumait et buvait ; elle boit encore beaucoup et sa glossite marginée n'a fait que persister sans disparaître ni se compliquer. A plusieurs reprises, de véritables lésions syphilitiques secondaires, puis secondo-tertiaires sont venues se greffer sur la glossite marginée ; toujours les lésions spécifiques ont cédé au traitement mercuriel ; depuis plusieurs années, il n'y a même plus de manifestation syphilitique sur la langue, mais la muqueuse linguale est toujours dans le même état. Il faut donc autre chose qu'une lésion desquamative chronique, dépolissant la muqueuse, et tenant longtemps ouverte une porte d'entrée pour que se développent les germes par exemple de l'épithélioma lingual. En tout cas, la durée indéfinie, la pérennité de cette glossite était digne d'être mentionnée.

Sur une hématodermite d'origine toxique.

Par M. Leredde.

I

J'ai montré depuis 1895, dans une série de travaux publiés par les *Annales de Dermatologie* (1), que les lésions cutanées de la dermatite herpétiforme (dermatose de Duhring, dermatite polymorphe douloureuse de Brocq) sont dominées par une altération sanguine, l'éosinophilie.

(1) Leredde et Ch. Perrin. Anat. path. de la dermatose de Duhring. *Ann. Derm.*, 1895. Note sur le liquide des vésicules et des bulles. *Soc. Derm.*, 1895.

Ch. Perrin. Thèse Paris, 1895.

Leredde. Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la dermatose de Duhring. *Soc. Derm.*, 1896.

Leredde. La dermatose de Duhring. *Gaz. des hôp.*, 1898.

V. également le travail de M. Darier sur la dermatite herpétiforme. *Ann. Derm.*, 1896.

L'équilibre physiologique des formes leucocytaires est gravement modifié, et lorsqu'on vient à compter dans une préparation sèche plusieurs centaines de globules blancs, on trouve non plus un à deux éosinophiles pour cent, comme à l'état normal, mais 8, 10, 20, et jusqu'à 30 p. 100. Ces cellules sont éliminées par la peau en grande abondance, elles émigrent des vaisseaux sanguins dans le derme et l'épiderme, et s'accumulent dans les vésicules et dans les bulles.

J'avais cru d'abord que ces lésions si curieuses appartenaient en propre au type morbide décrit par Duhring, et que je pouvais appuyer les idées exposées par cet auteur et par Brocq sur des preuves anatomiques, et le séparer en particulier de certaines des affections comprises dans le cadre, aujourd'hui incohérent, du pemphigus. Mais les faits de pemphigus que j'avais étudiés étaient des faits de dermatite bulleuse congénitale, et je n'avais pas recherché avec assez d'attention des faits de pemphigus d'un autre ordre.

Dans un travail récent, publié par les *Monatshefte für praktische Dermatologie* (1), j'ai reconnu que j'avais commis une erreur en attribuant l'éosinophilie à une seule des affections comprises dans le vieux cadre du pemphigus. L'éosinophilie, l'excrétion des cellules éosinophiles par la peau appartiennent également à la maladie de Neumann (pemphigus végétant), au moins à la dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique de Hallopeau, et que M. Hallopeau rattache aujourd'hui à la maladie de Neumann. J'ajoute qu'au point de vue des lésions cutanées, en particulier du mode de formation des vésicules entre les cellules épidermiques, les liens les plus intimes unissent le type Duhring, le type Hallopeau et le type Neumann, et, pour les détails, je renvoie à l'article des *Monatshefte*.

De plus, des recherches que je poursuis actuellement sur le pemphigus foliacé m'ont révélé des lésions sanguines et cutanées de même ordre que dans la maladie de Duhring. *Toutes ces affections cliniquement dissemblables, celles qui ont été décrites par Duhring, par Neumann, par Hallopeau, et le pemphigus foliacé ne paraissent être que des formes d'une seule et même maladie qui est une maladie sanguine* (2).

(1) LEREDDE. Ueber einen Fall von Hallopeauscher Dermatitis. *Monatshefte f. prakt Derm.*, 15 oct. 1898.

(2) La dermatite bulleuse congénitale est une maladie d'un tout autre ordre Quant aux faits classés sous le nom de pemphigus aigu, certains sont dus à une infection d'origine externe, le type en est le pemphigus aigu épidémique des nouveau-nés. On peut, si l'on adopte le sens général donné au mot impétigo par Unna, les dénommer impétigos pemphigoïdes. Les autres, par exemple le type de pemphigus malin décrit par M. Besnier, paraissent d'origine interne et peuvent résulter d'une altération sanguine, comme les maladies dont j'étudie la pathogénie, mais aucun examen hématologique suffisant ne peut nous fixer à leur égard, jusqu'ici. Les mêmes considérations s'appliquent à l'impétigo herpétiforme, à l'hydroa vacciniforme, etc.

II

Quelque intérêt que présente l'éosinophilie au point de vue dermatologique de la détermination des rapports entre diverses formes morbides, que l'étude clinique est impuissante à réunir ou à séparer, elle offre, à mon sens, une valeur bien plus élevée : elle conduit directement à l'étude de la pathogénie des maladies où on la rencontre d'une manière presque constante sinon constante (1). J'ai déjà indiqué, dans plusieurs des notes que j'ai publiées sur cette question, qu'il fallait rechercher la cause de l'éosinophilie dans une altération du tissu où l'on sait, depuis les mémorables travaux d'Ehrlich, que se forment les cellules éosinophiles, je veux dire la moelle osseuse.

Cette altération est-elle d'origine toxique ou microbienne ? il m'était impossible de le dire ; cependant j'aurais volontiers considéré la dermatose de Duhring et les maladies du même groupe comme d'origine microbienne, en m'appuyant sur un fait de Sabrazès (érythème polymorphe aigu avec éosinophilie et présence de bacilles non cultivables dans le sang), sur ce fait que l'éosinophilie peut s'observer dans deux maladies microbiennes, la syphilis et surtout la lèpre, enfin sur un fait établi par M. Metchnikof : la transformation en grains éosinophiles de microbes inclus dans les leucocytes polynucléaires (2). Il est du reste possible que les altérations sanguines soient d'origine toxi-microbienne, et que le même corps toxique n'en soit pas toujours la cause.

Le malade que M. le Dr Danlos a présenté aujourd'hui même à la Société de Dermatologie, et dont il a bien voulu me confier l'examen hématologique, va me permettre de discuter ces problèmes. Ce malade offre un merveilleux exemple de dermatose du type Duhring d'origine toxique.

III

Ce malade présente au point de vue dermatologique des difficultés extrêmes. Doit-on le considérer comme atteint d'érythème polymorphe d'origine iodopotassique ? Les lésions qu'il présente sont bien des lésions d'érythème polymorphe, mais le prurit intense, les lésions de grattage, la formation réitérée et prolongée des lésions vésiculeuses et bulleuses distinguent ce cas de la plupart des cas d'érythème polymorphe.

(1) Il semble en effet qu'il existe des cas de dermatite herpétiforme bénigne où il y a élimination d'éosinophiles par la peau, sans éosinophilie sanguine importante. Ces exceptions s'expliquent aisément et ne peuvent modifier la conception pathogénique qu'on doit se faire de l'affection.

(2) Il faut toutefois observer que les leucocytes éosinophilies du sang de l'homme ont un noyau différent de celui du polynucléaire proprement dit. (V. Thèse Jolly, Paris, 1898.) Ce fait avait été également observé par M. F. Bezançon et par moi.

Les lésions cutanées, les symptômes subjectifs sont exactement ceux de la maladie de Duhring. En l'absence de tout commémoratif, dans l'ignorance de l'absorption d'iodure de potasium, le diagnostic devrait être : maladie de Duhring aiguë. Mais on ne connaît pas encore d'exemple de dermatose de Duhring d'origine médicamenteuse, et il est tout à fait important de poser le diagnostic au point de vue de la conception pathogénique de cette dernière dermatose.

Au point de vue clinique, le problème ne me paraît pas soluble.

L'étude hématologique a été poursuivie d'une manière régulière ; les globules rouges et blancs ont été comptés tous les trois ou quatre jours ; l'hémoglobine a été plusieurs fois dosée (méthode de Malassez), et surtout j'ai étudié les variations de l'équilibre leucocytaire sur des préparations sèches.

Je résume dans le tableau (p. 1020) les résultats de ce travail.

Je n'ai constaté aucune altération dans la forme, la disposition en piles des globules rouges. Le nombre des hématoblastes m'a paru normal.

L'examen du liquide des vésicules et des bulles a été pratiqué à plusieurs reprises, et j'ai toujours trouvé sur cent globules blancs un nombre élevé d'éosinophiles, 20, 30, 50 p. 100.

IV

J'ai écrit à plusieurs reprises que toute affection cutanée où il existait de l'éosinophilie sanguine et une élimination abondante de cellules éosinophiles par les formations cavitaires de la peau est une maladie de Duhring. Les résultats que j'ai obtenus au commencement du mois d'octobre, alors que l'affection cutanée était déjà moins intense qu'à son origine, me permettent de résoudre la difficulté clinique en m'appuyant sur la formule précédente : le malade présenté par M. Danlos, qui offrait une éosinophilie de 10 à 11 p. 100 au mois d'octobre, et dont les vésicules et les bulles contenaient un grand nombre de cellules éosinophiles, est atteint non d'un érythème polymorphe vulgaire, mais d'une maladie de Duhring aiguë et, j'ajoute, d'une maladie de Duhring d'origine toxique, due à l'iodure de potassium.

V

Mais il est nécessaire d'étudier de près les chiffres fournis par l'étude hématologique. Cette étude un peu aride nous révèlera des faits importants.

Le résultat le plus intéressant qui ressort de l'inspection du tableau ci-dessus est le suivant : le malade présente des variations perpétuelles dans la structure du liquide sanguin ; en deux ou trois jours on constate des modifications importantes dans le nombre des globules

Tableau général.

	5 OCT.	6 OCT.	11 OCT.	16 OCT.	22 OCT.	26 OCT.	29 OCT.	2 NOV.	4 NOV.	7 NOV.	8 NOV.	OBSERVATIONS
Globules rouges.......		4.400.000	4.086.000	3.775.800	2.995.600	3.205.800	3.515.400	3.133.200	2.760.000	2.898.000		*Moyenne :* 3.400.000 (hypoglobulie).
Globules blancs.......		6.920	10.080	4.600	5.900	3.400	7.570	9.800	3.460	7.700		*Moyenne :* 8,000 (légère leucocytose).
Polynucléaires p. 100..	46	47	48	47.6	43	45	44.9	52.8	47	45.9	42.2	Diminution des polynucléaires.
Mononucléaires p. 100.		25	22	28	19	23	25.7	23.2	28	26.6	26	
Lymphocytes p. 100 ...		17	20.3	14.4	27	24	23	21	1	13.3	18	
Formes anormales									20	9.9	10	
Mononucléaires lymphocytes et formes anormales p. 100.........	40	42	42.3	42.4	46	47	48.7	44.2	49	49.9	54	Augmentation des lymphocytes et des mononucléaires ; formes anormales.
Éosinophiles	14	11	9.7	10	11	8	6.4	3	4	4.4	3.8	Éosinophilie décroissante.
Hémoglobine..........		9.50		10	9.25		9.50					Hypochromie.

rouges, des globules blancs, et surtout dans le rapport des formes leucocytaires. Nous assistons à l'évolution d'une véritable maladie sanguine, qui ne remonte peut-être pas, je m'empresse de le dire, à l'absorption d'iodure de potassium par le malade.

Globules rouges et globules blancs. — Au commencement du mois d'octobre, deux numérations (le 6 et le 11) des globules rouges, montrent une certaine diminution de nombre des hématies, mais une diminution modérée.

Cette diminution va s'accentuer rapidement ; le 16 octobre il y a 3.775.800 globules rouges, le 22, 2.993.600 (premier minimum). Puis le nombre des hématies se relève, atteint 3.205.800 le 26, 3.515.400 le 29. De nouveau il retombe, et n'est plus le 2 novembre que de 3.133.200, le 4 que de 2.760.000 (deuxième minimum), le 7 de 2.898.000.

Le malade présente une diminution certaine du taux de l'hémoglobine qui oscille entre 9,25 et 10 au lieu de 14, chiffre normal.

A plusieurs reprises on constate chez lui une très légère leucocytose (10.000 globules blancs le 11 octobre, 9.800 le 2 novembre, 7.700 le 7 novembre). Sans doute, une variation de 2.000 ou 3.000 globules blancs n'a pas une grande importance, mais certainement les oscillations leucocytaires sont supérieures chez ce malade à ce qu'elles sont chez un individu normal (1).

Étude des formes anormales. — L'observation que je publie est incomplète sur un point au moins ; jusqu'au 4 novembre, j'avais trouvé dans le sang des formes anormales, mais elle m'avaient paru peu nombreuses et je ne leur avais pas accordé la valeur qu'elles méritaient. Elles avaient été comptées en même temps que les mononucléaires et les lymphocytes. Mais à partir du 4 novembre, ces formes ont été étudiées à part. Leur nombre était devenu considérable.

Ces formes sont de deux types :

1° Une forme à noyau ovalaire, mais de contours irréguliers, plus colorable que le noyau des mononucléaires dont il a les dimensions, comprenant un réseau chromatique grossier. A première vue ce noyau paraît absolument nu ; mais avec beaucoup d'attention on distingue un piqueté très fin, presque imperceptible de granulations acidophiles semées à une certaine distance.

2° Des éléments irréguliers, à longs prolongements sans limite précise, formés d'une sorte de réseau assez dense en quelques points, ténu sur d'autres, colorés assez faiblement par l'hématoxyline et les couleurs basiques.

Certains de ces éléments peuvent se trouver en très petit nombre

(1) Je n'ai pas étudié systématiquement le nombre des globules blancs chez les malades atteints de dermatite herpétiforme que j'ai examinés autrefois. Jamais jusqu'ici je n'ai constaté chez eux de leucocytose importante.

dans le sang d'individus sains, de l'avis de M. Dominici dont on connaît la compétence pour tout ce qui concerne l'étude de la moelle osseuse et du sang, mais jamais on ne les trouve en telle abondance, et on ne peut hésiter à considérer leur présence chez le malade comme due à un état pathologique des organes leucocytopoiétiques, sans doute de la moelle osseuse pour des raisons que j'exposerai plus loin.

Équilibre leucocytaire. — Passons maintenant à l'étude du rapport des formes leucocytaires entre elles.

Un premier fait remarquable est la diminution du nombre des polynucléaires qui tombe de 60-70 p. 100 chiffre normal à 46,7 (moyenne de dix numérations). C'est là un fait que j'ai remarqué plusieurs fois dans la maladie de Duhring, que j'ai retrouvé dans le fait de dermatite de Hallopeau dont j'ai fait l'examen hématologique.

Le taux des polynucléaires est à peu près fixe chez notre malade ; les variations les plus étendues (43-52,8, p. 100) restent dans la limite des variations physiologiques et de celles qui peuvent résulter des erreurs de numérations, quand on ne les fait pas porter sur un nombre très élevé de globules blancs.

Les chiffres fournis par l'addition des mononucléaires et des lymphocytes, oscillent également dans des limites restreintes, du 5 octobre au 2 novembre. Le minimum est de 40 le 5 octobre, le maximum de 48,72 le 29 octobre ; la moyenne est de 44, taux supérieur au taux normal des mononucléaires et des lymphocytes, qui varie de 30 à 40 à l'état physiologique.

Les chiffres s'élèvent du 5 octobre au 29 assez régulièrement pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y a pas là un hasard de numération, et qu'on y voie l'indice d'une altération des centres de formation des lymphocytes et des mononucléaires, soit de tous, soit d'un seul en particulier.

Il convient d'être extrêmement réservé sur les variations de rapport des mononucléaires aux lymphocytes ; on sait qu'il existe dans le sang tous les stades de transition et qu'on ne peut déterminer où finit le lymphocyte et où commence le mononucléaire. Suivant la manière dont le sang a été étalé sur la préparation, le protoplasma des lymphocytes paraît plus ou moins développé.

Mais le 4 novembre, une numération des formes leucocytaires m'a donné un résultat extrêmement curieux : je n'ai trouvé qu'un lymphocyte sur cent globules blancs.

J'ai apporté naturellement un soin extrême à m'assurer de cette anomalie ; il est certain que même en comprenant sous le nom de lymphocytes des formes à protoplasma assez développé, leur nombre était extrêmement réduit. C'est le même jour que j'ai été frappé du nombre extraordinaire de formes anormales et que j'ai commencé à les compter. Je fais remarquer ici que jusqu'à ce jour les formes anormales

avaient été comptées, non avec les lymphocytes, mais avec les mononucléaires.

J'arrive enfin à l'étude du rapport des éosinophiles aux autres globules blancs. Les moyennes sont, en octobre (7 numérations) de 10, en novembre (4 numérations) de 3,8.

On constate du reste que le nombre de ces éléments s'abaisse très régulièrement, qu'il est très élevé à l'origine et qu'à partir du commencement de novembre, il est peu supérieur au chiffre normal.

Si nous nous reportons à l'observation clinique, nous constatons un fait dont je ne saurais exagérer la valeur au point de vue du rapport de l'éosinophilie et des altérations cutanées, objectives et subjectives. La diminution du nombre des bulles est déjà notée dans les premiers jours de l'observation, à la fin d'octobre il n'en paraît plus que de loin en loin.

Les modifications du prurit sont un peu plus tardives, le 8 novembre il est disparu de la surface entière du corps, et n'existe plus qu'au niveau des oreilles et des poignets.

Ainsi l'éosinophilie, le prurit, les lésions de la peau diminuent simultanément.

A l'heure actuelle (8 novembre), des modifications importantes du sang persistent encore (diminution des polynucléaires, augmentation du chiffre total des mononucléaires et des lymphocytes, présence au nombre de 10 p. 100 de cellules anormales, éosinophilie très faible).

Il sera nécessaire de suivre le malade pour être renseigné définitivement sur un point capital : les lésions sanguines et les lésions originelles des organes hématopoiétiques sont-elles dues à l'absorption d'iodure de potassium, ou bien, comme cela est possible, s'agit-il d'un malade qui offrait un état pathologique du sang et des organes hématopoiétiques, par suite une sensibilité particulière, et chez lequel l'absorption d'un corps toxique a engendré de nouvelles altérations portant sur les organes hématopoiétiques, sur le sang, et ayant amené les lésions cutanées que nous avons observées ?

VI

Quels sont parmi les organes hématopoiétiques et leucocytopoiétiques ceux auxquels on doit attribuer les altérations sanguines constatées chez le malade ?

L'étude clinique ne donne aucun renseignement sur ce point. La rate est à peine appréciable à la percussion, tous les ganglions sont hypertrophiés. Mais depuis près de deux mois le malade est atteint d'une affection vésiculeuse et bulleuse : la peau a été le siège de nombreuses érosions, d'ulcérations, et on ne peut affirmer que l'hypertrophie ganglionnaire n'est pas due exclusivement aux infections d'origine tégumentaire.

Je crois que l'origine des altérations sanguines doit être recherchée dans la moelle osseuse, pour les raisons suivantes :

La moelle osseuse est le centre de formation des éosinophiles (Ehrlich). Ces cellules s'y trouvent en très grande abondance ; au contraire, elles sont très rares dans les ganglions et la rate chez l'homme.

Les cellules anormales que j'ai rencontrées dans le sang sont essentiellement des cellules de la moelle osseuse. M. Dominici a bien voulu m'en montrer sur de nombreuses préparations.

Sans doute, l'étude cytologique des ganglions et de la rate n'est pas tout à fait assez avancée pour qu'on puisse affirmer qu'elles ne s'y rencontrent jamais ; au moins ne les a-t-on signalées jamais jusqu'ici (F. Bezançon, comm. orale).

Mais des faits d'ordre clinique vont me permettre d'être encore plus affirmatif. J'ai dit plus haut que je rattachais le pemphigus foliacé au même groupe morbide que les dermatoses de Duhring, de Neumann et de Hallopeau. Un fait que j'ai pu étudier grâce à l'obligeance de MM. Hallopeau et Laffitte me permettra de montrer dans un travail ultérieur, que les lésions sanguines du pemphigus foliacé sont les mêmes que celles de la maladie de Duhring, et qu'au point de vue histologique, les lésions cutanées sont dominées par l'éosinophilie.

Un malade de la salle Lugol que MM. Hallopeau et Constensoux ont présenté aujourd'hui même à la Société de Dermatologie est atteint *d'ostéomalacie.*

Cette lésion peut s'interpréter sans difficulté par une affection de la moelle osseuse ; d'autre part, dans une étude rapide que j'ai faite des observations de dermatose de Duhring publiées depuis plusieurs années, j'ai constaté qu'on avait relevé plusieurs fois des *arthralgies* (Tenneson et Lyon), *des arthropathies* (Gaucher et Gastou). Ces symptômes peuvent se rattacher encore à des altérations de la moelle osseuse ; MM. Gaucher et Gastou ont même noté chez le malade qu'ils ont présenté à la Société de Dermatologie en novembre 1896 *l'atrophie en masse du squelette des mains et des pieds*, et un aspect identique à celui du *rhumatisme chronique déformant.* Or je considère depuis longtemps que beaucoup de faits d'arthropathies classés sous la rubrique rhumatisme résultent d'altérations de la moelle osseuse (1).

VII

Les faits que je viens d'exposer me conduisent aux conclusions suivantes :

(1) LEREDDE. Essai sur les arthrites infectieuses. *Arch. gén. de méd.*, août 1896. LONDE. Rhumatismes chroniques. *Manuel de médecine de Debove.*

1° Un corps toxique bien défini, l'iodure de potassium, peut provoquer des altérations du sang et de la peau, de même ordre que celles de la dermatose de Duhring. Celle-ci et les affections du même groupe morbide peuvent donc reconnaître une origine toxique. Mais les agents qui les déterminent sont multiples, et il est certain qu'il s'agit en général de corps toxiques formés dans l'organisme, à la faveur de causes à déterminer, dont une au moins est bien connue, c'est la grossesse (herpès gestationis).

2° Il est du reste possible que ces corps toxiques soient, dans certains cas, d'origine microbienne, et que la maladie sanguine qui se révèle par les lésions cutanées des types Duhring, Hallopeau, Neumann, ou du pemphigus foliacé puisse, comme le purpura, autre hématodermite, reconnaître, tantôt une origine primitivement toxique (Cf. le purpura iodopotassique), tantôt une origine toxi-microbienne (Cf. le purpura dans les infections à streptocoques, à pneumocoques, etc.).

3° Aux altérations sanguines que j'ai constatées jusqu'à ce jour dans la dermatose de Duhring et les affections connexes, je dois ajouter la présence possible dans le sang de formes leucocytaires anormales qui se rencontrent dans la moelle osseuse.

4° L'éosinophilie, la présence de formes anormales semblent reconnaître à leur origine une altération de la moelle osseuse, qui peut, du reste, se traduire cliniquement par divers symptômes classés sous des noms divers (arthralgies, arthropathies, rhumatisme chronique, atrophies osseuses, ostéomalacie). On est ainsi conduit à mettre en cause une action directe des agents toxiques sur la moelle osseuse. Les altérations de celle-ci devront être recherchées avec soin à l'autopsie.

5° L'observation hématologique que je publie peut faire penser que la dermatose de Duhring peut se développer chez des individus ayant déjà des altérations sanguines qui les prédisposent. Cette hypothèse devra être vérifiée dans une certaine mesure par l'état du sang des malades atteints de maladie de Duhring, dans l'intervalle des poussées éruptives ou du sang des malades atteintes d'herpès gestationis, dans l'intervalle et au commencement de leurs grossesses.

6° Enfin j'ajoute qu'aucune considération ne me permet de mettre en cause le système nerveux dans la pathogénie de la dermatose de Duhring et des affections connexes. Je ne puis comprendre, en particulier, comment certains auteurs ont pu être amenés à rattacher l'éosinophilie à une altération nerveuse, sans invoquer d'ailleurs aucun argument plausible en faveur de leur théorie.

Je n'insiste pas sur la portée de tous les faits que j'ai exposés au point de vue de la pathogénie des érythèmes, je me réserve de reprendre cette question dans un travail ultérieur. J'ai déjà émis l'opinion que les érythèmes n'ont pas nécessairement une cause nerveuse, et qu'ils peuvent être dus à *l'action directe* des corps toxiques sur le sang et

aux modifications qu'ils induisent. (Leredde Classification pathogénique des dermatoses. *Ann. de Derm.*, 1896). Je ne pouvais, je l'avoue, espérer trouver d'arguments plus solides en faveur de l'hypothèse pathogénique que j'ai émise.

Des recherches ultérieures me montreront si des altérations sanguines se trouvent dans d'autres faits d'éruption ioduriques et médicamenteuses.

Trois nouveaux cas de pemphigus foliacé étudiés au point de vue de la symptomatologie.

Par M. LINDSTROEM (de Kiew).

D'après les descriptions de Cazenave et de la plupart des autres auteurs français, ainsi que d'après les leçons de Hebra, de Kaposi et d'autres auteurs allemands, le pemphigus foliacé est caractérisé :

1° Par les bulles flétries, tandis que dans le pemphigus vulgaire elles sont tendues ;

2° Par les surfaces nues, humides, privées de la couche cornée ;

3° Par des squames feuilletées ;

4° Par ce fait que les parties malades ne reviennent jamais à l'état normal.

Toutes ces altérations présentent un tableau bigarré et très variable. Aux différentes périodes de la maladie, on voit dominer, tantôt les bulles et les surfaces dénudées et humides, tantôt les squames et les croûtes.

En outre, comme je l'ai observé, on peut constater des modifications très prononcées des lésions cutanées pendant un temps très court, par exemple, un ou deux jours : les parties malades de la peau, qui étaient hier sèches et couvertes d'une grande quantité de squames ou tout à fait normales, peuvent être aujourd'hui couvertes de bulles et d'exulcérations.

Ce tableau clinique du pemphigus foliacé bigarré et variable fait souvent diagnostiquer par erreur un pityriasis ruber, une dermatite herpétiforme de Duhring, etc.

Il faut ajouter, que les altérations morphologiques du pemphigus foliacé ne revêtent pas toujours leur forme typique : les bulles peuvent être tendues, surtout au commencement de la maladie, la structure feuilletée des squames est dans quelques cas peu prononcée ou manque tout à fait ; enfin, pour constater que les parties malades ne guérissent jamais et de nouvelles bulles y réapparaissent toujours, il faut observer le malade pendant un temps très long.

Comme il est difficile de faire le diagnostic différentiel entre le pemphigus foliacé et la dermatite herpétiforme de Duhring, on peut voir des divergences entre les dermatologues les plus éminents. Je me bor-

nerai de rappeler les débats entre M. Brocq et MM. Hallopeau et Fournier dans la Société française de dermatologie (1892).

Je pense donc que la question du pemphigus foliacé est encore au stade de la symptomatologie et du diagnostic différentiel. On ne peut étudier avec succès la maladie dans tous ses détails, quand sa symptomatologie et son diagnostic ne sont pas encore établis solidement. C'est pourquoi je prends la hardiesse de communiquer à la Société mes observations au sujet de la symptomatologie de cette maladie.

Dans ma thèse de doctorat : « Contribution à la question du pemphigus foliacé de Cazenave » (Kieff, 1896), où je donne l'analyse complète de 17 cas publiés par différents auteurs (1) et la description détaillée de cinq cas de cette maladie, que j'ai observés à la clinique dermatologique de mon maître regretté, feu le professeur Stoukowenkoff, j'arrive, entre autres, à cette conclusion, que sur la peau des malades atteints de pemphigus foliacé dans les régions qui paraissent tout à fait normales, la couche cornée est peu solide ; on peut l'enlever facilement sur une grande étendue à l'aide du simple frottement et toujours au même niveau, à savoir, entre la couche lucide et la couche granuleuse. Le tissu sous-jacent est complètement pâle, sans traces d'exsudation, qui pourrait expliquer la diminution d'adhérence de ces couches épithéliales.

Après avoir étudié avec soin ce symptôme, j'arrive à cette autre conclusion, qu'il constitue le symptôme anatomo-pathologique principal et primitif et qu'il explique tout le tableau bigarré et variable de la maladie. Sur les régions de la peau, où l'adhérence entre les couches épidermiques est diminuée primitivement, pour une raison mal connue, probablement trophoneurotique, le liquide plasmatique, intercellulaire, soulève facilement en quelques points la couche cornée et la bulle flétrie apparaît (par clivage et non par dégénération cavitaire des cellules épithéliales). Les surfaces humides, privées de la couche cornée, se forment, quand les parois des bulles se rompent et quand la couche cornée faiblement adhérente à la couche de Malpighi, sans avoir formé une bulle, est enlevée par le grattage, ou un frottement accidentel, etc. C'est pourquoi le tableau se change chaque jour et sur les parties, où hier la peau paraissait saine, on voit aujourd'hui des surfaces nues et humides. Les squames et les croûtes sont formées par la couche cornée, qui s'est détachée du tissu sous-jacent, et par la dessiccation du liquide des bulles et des surfaces nues et humides.

Enfin la régénération incessante de la couche cornée détermine la formation des squames feuilletées. Quant à ce fait que les parties

(1) Les cas de Cazenave, de Plieninger, de Bazin, de Guibout, de Meyer, de Munro et Schwartz, de Sormani, de Besnier (deux cas), de Hallopeau et Fournier (trois cas), de Petrini (trois cas), de Regensburger, et de Dumesnil de Rochemont.

malades de la peau ne se rétablissent jamais, il tient à ce que, malgré la régénération rapide (pendant un, deux, trois jours), la couche cornée se développe irrégulièrement, et la couche cornée nouvellement fournie adhère aussi faiblement au tissu sous-jacent que celle qui a été enlevée.

De plus, l'adhérence entre les couches épidermiques est toujours affaiblie dans cette maladie, mais le degré de cet affaiblissement est très variable, ce qui tient à des causes inconnues, mais évidemment liées intimement à l'essence du processus pathologique. En observant chaque jour pendant plusieurs mois les mêmes régions malades, j'ai remarqué que la couche cornée devenait graduellement plus solide, la formation des bulles diminuait et cessait de sorte qu'on aurait pu croire la peau tout à fait réparée, mais en une nuit le tableau changeait subitement : la couche cornée devenait faible de nouveau, les bulles apparaissaient, etc.

En se basant sur les faits précédents, j'avais supposé que les modifications de l'aspect clinique, qui se produisent souvent dans le pemphigus foliacé à différentes périodes, dépendent non seulement de causes externes, mécaniques et accidentelles (grattage, etc.), mais aussi de causes internes, qui modifient le degré d'adhérence des couches épidermiques entre elles. Quand cette adhérence devient plus forte, la peau devient plus sèche, les bulles disparaissent.

Pendant les périodes de moindre intensité l'observateur peut même supposer à tort que la peau est tout à fait rétablie (cas de Munro et Schwartz).

La diminution de l'adhérence entre les couches épidermiques est, à mon avis, une conséquence de l'altération anatomo-pathologique principale et primitive et on ne la trouve pas dans les autres maladies ; aussi doit-on regarder ce symptôme comme le diagnostic le plus précis de la maladie. Je pense que M. Besnier (1) l'indique dans un de ses cas, en disant : « quand on regarde de face la région plantaire, il semble que toute la région sauf la voûte soit couverte de peau saine ; l'épiderme est cependant mortifié en totalité, puisque par tractions on pourrait le détacher entièrement », mais il ne lui avait donné aucune signification. L'exfoliation très légère de la couche cornée, qu'on observe souvent dans les maladies exsudatives, par exemple dans l'érythème exsudatif et dans la dermatite herpétiforme de Dühring (Haslung) (2), dans le pemphigus aigu (Behrend) (3) et

(1) E. Besnier. Observations pour servir à l'histoire du pemphigus foliacé. *Annales de dermatologie et de syph.*, 1892, p. 198.

(2) Haslund. Dermatitis herpetiformis. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1896, B. XXXIV.

(3) Behrend. Ein Fall von Pemphigus acutus mit Horncystenbildung. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1896, B. XXX.

même dans le pemphigus malin (Neisser)(1), ne doit évidemment pas avoir la même valeur, car les auteurs décrivent le tissu sous-jacent comme rouge, humide, couvert par l'exsudation, ce qui permet d'expliquer l'exfoliation par l'action mécanique de l'exsudation.

Plus je porte mon attention sur ce symptôme, plus j'arrive à me persuader qu'il a une haute signification diagnostique.

Après l'avoir étudié en détail (2), j'ai rencontré plusieurs cas, où la présence ou l'absence de ce symptôme m'avait amené à un diagnostic précis. Comme exemple de faits négatifs je puis indiquer une de mes malades, âgée de 7 ans, dont toute la surface de la peau était couverte d'une éruption constituée par des bulles flétries, des croûtes et des squames très abondantes. A première vue on pouvait croire qu'il s'agissait d'un pemphigus foliacé. Mais l'absence du symptôme en question m'a fait rejeter ce diagnostic et actuellement l'observation clinique très prolongée et l'étude histologique de la peau malade montrèrent nettement que nous avions affaire à une forme singulière de l'ichtyose congénitale et non pas à un pemphigus foliacé (3).

D'autre part, j'ai observé trois nouveaux cas de pemphigus foliacé typique dans lesquels le symptôme en question était très accentué, et grâce à lui nous avons pu dans deux cas poser le diagnostic dès la période précoce et même initiale de la maladie.

Voici le résumé de mes nouvelles observations :

I. — Juif, âgé de 62 ans, est malade depuis deux ans. L'éruption fut d'abord constituée par des éléments isolés, puis généralisée, elle se composait de bulles et de *surfaces dénudées, humides, dont le malade lui-même explique la formation par le manque de solidité de l'épiderme, qui s'enlevait facilement par le grattage.*

A la clinique dermatologique du professeur Stoukowenkoff (8 avril-1er mai 1896) on constata que l'éruption occupait toutes les régions de la peau, sauf la paume des mains et se composait : 1° de squames rondes feuilletées, qu'on pouvait enlever facilement ; le tissu sous-jacent était pâle rougeâtre ; 2° de croûtes fermes jaunâtres, rondes, de un demi-centimètre de diamètre, au-dessous desquelles on trouvait la peau rouge humide ; 3° de surfaces nues humides ; 4° *au milieu d'éruptions on pouvait voir beaucoup d'îlots de peau saine, couverts par un épiderme à première vue tout à fait normal, mais par le frottement on pouvait enlever très facilement la couche cornée sur une grande étendue, comme de grands lambeaux ; le tissu sous-jacent était tout à fait pâle, un peu visqueux ;* bientôt il devenait

(1) NEISSER. *Verhandlunger der Deutschen Dermatolog. Gesellschaft.* Vierter Congress, mai 1894.

(2) Ma première communication de ce symptôme étudié sur une de mes malades, a été faite au Ve Congrès des médecins russes (janvier 1894). Cette malade était aussi le sujet de la communication du professeur Stoukowenkoff à la Société française de derm. et de syph. (décembre 1894).

(3) J'ai communiqué ce cas au XIIe Congrès international à Moscou.

rougeâtre sous l'action de l'air. En grattant la surface dénudée j'y pus constater la présence de cellules claires et granuleuses, ce qui montre que l'exfoliation se produisait entre la couche granuleuse et la couche cornée.

Ce malade a été présenté à la section dermatologique du VI[e] Congrès des médecins russes.

II. — Le médecin russe Z..., âgé de 26 ans, est venu me consulter le 18 septembre 1896, 3 mois et demi après le début de la maladie, qui au commencement ne se traduisait que par une seule bulle tendue à l'avant-bras gauche et quelques écorchures superficielles aux lèvres. Durant six semaines ces lésions ont cessé, mais elles ont reparu, au bout de quinze jours.

J'ai constaté : des excoriations rougeâtres sur la muqueuse des joues et des lèvres ; au front une excoriation de un demi-centimètre de diamètre et à la joue droite une excoriation semblable de 2 centimètres. Au thorax et dans le dos quelques petites croûtes isolées et quelques bulles flétries, sans aucune réaction inflammatoire presque au niveau de la peau voisine. *En tirant sur la paroi des bulles, après l'avoir déchirée, on peut enlever la couche cornée sur une grande étendue. Sur les régions, à première vue tout à fait normales, on peut enlever la couche cornée par le frottement le plus faible ; on peut alors voir le tissu sous-jacent tout à fait pâle, qui n'est pas plus visqueux que la couche de Malpighi, à l'état normal.*

C'est surtout en me basant sur ce symptôme que j'ai pu porter le diagnostic de pemphigus foliacé. Le malade était alors sous l'observation de mon maître regretté le professeur Stoukowenkoff et de mon ami M. le professeur agrégé A. Lindstrem.

La marche ultérieure de la maladie confirma le diagnostic. L'éruption envahit toute la surface de la peau, et au mois de février 1897 le malade mourut dans la Clinique dermatologique du professeur Pospeloff à Moscou, présentant l'aspect très net du pemphigus foliacé.

III. — Un juif, âgé de 58 ans (1), était bien portant jusqu'à ces années dernières où il a eu beaucoup de chagrins, causés par des pertes d'argent, qui l'amenèrent à la misère. Depuis un an il a remarqué la formation des pustules, suivies de cicatrices. Mais à présent il a une autre maladie : depuis cinq semaines il constate la formation de bulles remplies d'eau, et sa peau est devenue si peu solide, qu'il peut en enlever facilement les couches superficielles par le grattage.

État actuel. — Sur la muqueuse des lèvres, de la voûte palatine et de la luette on peut remarquer plusieurs excoriations de un demi à 1 centimètre de diamètre, blanchâtres, opalines ; sur leur circonférence on peut voir des fragments de l'épithélium exfolié, reste des parois déchirées des bulles. Çà et là on trouve de petites bulles de 2 à 3 millimètres de diamètre, isolées, blanchâtres.

Sur la peau de la tête, du visage, du cou, du thorax, et des membres supérieurs et inférieurs, nous remarquons : 1° des bulles transparentes de

(1) J'ai présenté ce malade à la Société physico-médicale de Kieff, dans la séance du 22 avril 1898.

1 à 10 millimètres de diamètre, à paroi flétrie, plissée, ne dépassant pas le niveau de la paroi voisine. La couleur des bulles tantôt est un peu rosée, tantôt ne diffère pas de celle de la peau voisine.

En tirant les fragments des parois déchirées, des bulles, on peut exfolier la couche cornée sur une grande étendue; le tissu sous-jacent est pâle, sans traces d'exsudation ; 2° des plaques dénudées, dépourvues de couche cornée, rougeâtres et humides ; 3° des croûtes jaunâtres de 1 centimètre de diamètre, fines, qu'on peut enlever facilement et sous lesquelles on trouve la surface pâle ou peu rosée, peu humide ; 4° *sur les régions, à première vue tout à fait normales, on peut enlever par le frottement la couche cornée sous la forme de lambeaux fins; au-dessous d'elle on trouve la peau pâle, sans aucune trace d'exsudation.*

Ces trois nouvelles observations de pemphigus foliacé confirment les conclusions de mes travaux antérieurs, à savoir que la diminution de l'adhérence normale entre les couches épithéliales est un symptôme principal et primitif qui a une importante signification diagnostique. En outre, deux de ces observations montrent clairement, que ce symptôme apparaît à la période la plus précoce dela maladie (3 mois et demi, même 5 semaines). Ce dernier fait est très important, parce qu'il permet de faire le diagnostic précis au moment où les autres altérations morphologiques typiques peuvent encore manquer. La possibilité de faire le diagnostic précis de la maladie à la période la plus précoce rendra sans doute plus féconde l'étude de cette maladie grave et jusqu'ici trop peu étudiée.

Traitement de la tondante par le monochlorophénol.

Par M. Barbe.

J'ai présenté à la séance du 1er juillet un enfant atteint d'une plaque guérie par le chlorophénol. Malheureusement cet enfant avait quelques autres petits foyers qui s'étaient formés entre son dernier examen et la présentation du sujet devant la Société, foyers dont j'avais méconnu l'existence parce que l'enfant était resté 15 jours sans revenir à la consultation. Ces nouveaux foyers ont été guéris depuis par la même médication en deux mois et demi.

Je vous présente une autre enfant âgée de 7 ans, chez qui on a reconnu l'existence de la tondante le 3 août 1898 ; elle avait une plaque à la limite des cheveux au-dessus du front, une 2e sur la région occipitale, une 3e sur la région pariétale gauche, une 4e près du tourbillon. Les plaques ont été traitées tous les jours par la solution de monochlorophénol, sans douleur.

Depuis le 1er novembre, la guérison est définitive et ce n'est que par acquit de conscience que je retarde la délivrance du certificat.

M. le Dr H. MALHERBE adresse un travail intitulé: *Éruptions bromuriques et ioduriques graves.*

M. SABOURAUD présente un travail de M. le Dr MUNRO (de Sydney) intitulé: *Note sur l'histo-pathologie du psoriasis.*

M. BROCQ, présente une note de M. LENGLET *sur la culture du bacille du chancre mou.*

Le secrétaire,

LEREDDE.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE, DE SYPHILIGRAPHIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE

SOUTENUES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

DERMATOLOGIE

Actinomycose.

De l'actinomycose cutanée, par FERDINAND VINCENT (Lyon, 18 janvier 1898).

L'actinomycose cutanée peut être primitive ou secondaire. La primitive est rare, car l'auteur n'a pu recueillir que dix observations dans la littérature médicale. Elle succède à des érosions ou des plaies cutanées qui sont la voie d'entrée de l'actinomycose s'implantant et se multipliant ensuite dans le derme. La structure de la peau, sa densité paraissent constituer pour le parasite un mauvais terrain, tandis qu'il trouve au contraire dans le tissu celluleux sous-cutané les meilleures conditions de développement, aussi l'actinomycose cutanée est-elle généralement secondaire. Elle résulte le plus souvent alors d'une pénétration de l'actinomyces à travers la muqueuse buccale ou de son arrivée jusqu'à la peau par continuité de lésions actinomycosiques profondes parfois viscérales : envahissement de la peau thoracique par des lésions pleuro-pulmonaires, envahissement de la paroi abdominale à la suite de typhlo-appendicite; en un mot, l'actinomycose cutanée procède rarement d'une embolie lymphatique ou sanguine.

Quant à la lésion primitive, elle est constituée par un nodule très semblable au follicule tuberculeux de Köster.

L'actinomycose cutanée présente plusieurs types cliniques qui expliquent du reste sa confusion avec le lupus, la syphilis, les scrofulides malignes, en général avec les lésions bacillaires cutanées. C'est ainsi qu'on observe des formes maculeuse, érythémateuse, vésiculeuse et nodulaire, cette dernière étant de beaucoup la plus fréquente. Ces formes se combinent généralement du reste les unes avec les autres pour constituer des formes associées. L'érythème complique le plus souvent la forme nodulaire.

Le pronostic de l'actinomycose cutanée primitive est bénin ; dans certains cas, cependant, il peut devenir relativement grave par l'envahissement plus ou moins considérable des tissus sous-jacents. Dans l'actinomycose cutanée secondaire, il est naturellement subordonné au siège primitif, à l'étendue, à la profondeur des lésions.

Quant au diagnostic, il ne peut être affirmé que par la constatation clinique avec examen histologique concomitant des grains jaunes. Le seul point qu'il faille mettre en relief, c'est qu'il faut dorénavant songer à la possibilité de l'actinomycose pour des lésions inflammatoires chroniques de la face, du cou, des mains, du thorax, de la paroi abdominale, etc. S'agit-il de lésions actinomycosiques, il sera prudent d'administrer l'iodure

de potassium comme si l'on avait affaire à une lésion syphilitique; mais il faudra la plupart du temps associer au traitement médical un traitement chirurgical qui consistera en la destruction aussi complète que possible des foyers inflammatoires par de larges incisions avec drainage et pansement à plat, curettage, etc. J. ÉRAUD.

Érythèmes.

Contribution à l'étude de l'érythème induré de Bazin, par J. TRUCHI (Toulouse, 1er avril 1898).

Résumé assez clair de la question. L'auteur reproduit l'observation de la malade dont j'ai publié l'histoire dans ces *Annales*. Il conclut avec moi :

L'examen des pièces et l'inoculation montrent que la tuberculose n'est pour rien dans l'étiologie directe ou indirecte de cette affection. L'histologie semble indiquer l'existence d'altérations œdémateuses qui rapprochent l'érythème induré de l'érythème noueux.

Le travail peut donner une idée suffisamment précise de l'état de la question. L'auteur a omis la leçon de Thibierge qu'il cite d'ailleurs.

CH. AUDRY.

Impétigo.

Traitement de l'impétigo par la franklinisation, par J. LEVEZIER (Lille, 13 décembre 1897).

Le traitement de certaines dermatoses par la franklinisation, préconisé en 1893 par Leloir et Doumer, a donné entre les mains de ces auteurs et de leurs imitateurs en France et à l'étranger des résultats encourageants : ce sont particulièrement les affections prurigineuses et spécialement les prurits d'origine eczémateuse qui auraient été avantageusement influencés par l'effluvation.

L'auteur, sous l'inspiration du Dr Doumer, a soumis huit malades affectés d'impétigo à la franklinisation : au point de vue du mode d'application, il s'est servi de l'effluvation, la pointe à effluver étant mise en contact avec le pôle positif, le souffle électrique dirigé sur les placards impétigineux. Chaque séance durait de dix à quinze minutes. Le nombre des séances a varié de deux à dix.

Dans tous les cas la guérison a été obtenue, à l'exclusion de toute autre médication. Comment interpréter l'action thérapeutique ? S'agit-il là d'une simple action antiseptique due à l'ozone dégagé. L'auteur ne le croit pas. Un des malades, en effet, traité pour une coqueluche concomitante par l'air ozonisé n'avait pas vu se modifier son impétigo sous l'influence de ce traitement. Or, trois séances de franklinisation en eurent raison.

S'agirait-il d'une action générale sur l'organisme devenu plus résistant ? L'auteur repousse aussi cette hypothèse et il s'arrête à cette explication qu'on aurait là une action directe sur la nutrition cellulaire et que ce sont « les modifications nutritives que la franklinisation apporte dans les cellules », qui les rendraient réfractaires à l'infection. CHARMEIL.

Infectieuses (Éruptions).

Érythèmes scarlatiniformes dans les suites de couches, par E. WERBÈKE (Lille, 2 avril 1898).

Cette thèse apporte quatre observations dont aucune n'offre d'intérêt spécial, l'auteur résume ainsi son travail :

Les érythèmes scarlatiniformes qui surviennent dans les suites de couches peuvent relever d'une de ces trois causes : 1° Scarlatine, 2° Intoxication médicamenteuse, 3° Infection puerpérale.

L'infection puerpérale nous paraît être la cause la plus fréquente de l'érythème, soit que celui-ci survienne au cours de l'infection, soit qu'il se montre comme phénomène critique au déclin de la maladie. Si la nature de l'érythème n'est pas établie d'une façon certaine, il sera prudent de le considérer comme dû à l'infection, et d'agir en conséquence.

CHARMEIL.

Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde, par H. PONS (Toulouse, 7 juillet 1898).

Thèse inspirée par Rispal.

L'auteur commence par faire l'historique de la question. Puis il décrit ces érythèmes, leur début au niveau des articulations, leur apparition sous forme de macules qui s'étendent en placards, nappes, etc. La face et les muqueuses sont respectées. Ils durent peu, 4 à 6 jours, et s'accompagnent de desquamation.

Ils sont parfois précoces, et alors bénins et fugaces ; s'ils sont postérieurs aux taches rosées, ils ont une signification beaucoup plus grave, et cette signification est d'autant plus sombre qu'ils apparaissent à une période plus avancée. Il y a alors une aggravation de l'état général; défervescence et même hypothermie après une brusque ascension ; vomissements, adynamie et mort.

Il est remarquable que ces cas se produisent souvent par séries, sinon comme épidémie.

L'auteur est porté à croire que la cause de ces érythèmes doit être recherchée dans l'action indirecte du bacille d'Eberth lui-même agissant probablement par ses toxines. CH. AUDRY.

Lèpre.

Les lépreux et les léproseries de Toulouse, par E. CUGUILLÈRE. (Toulouse, 21 juillet 1898.)

Travail un peu confus mais où l'on trouve des documents intéressants.

Deux testaments (de 1316 et de 1485) montrent qu'il n'existait pas moins de sept léproseries à Toulouse. L'auteur donne des plans de quatre d'entre elles. L'une d'elles, située Porte Narbonnaise, fut acquise en 1245 par un des comtes Raymond qui fournit en échange aux lépreux une nouvelle résidence. La maladrerie de Sainte-Radegonde fut fondée en 1184, mais ne fut affectée aux lépreux qu'en 1400, époque à laquelle un procès contraignit le prieur qui l'administrait pour l'abbaye de Moissac à la céder à l'ordre de Saint-Lazare. Il existait une maladerie à Arnaud-Bernard dès 1392. Il y en avait une à Saint-Cyprien, une autre, probablement du moins, à la porte Matabiau.

En 1210, une donation fut faite à *Mezellariæ extra portam villæ novæ*, et à *Mezlelariæ Bernardi Raterii*. Peut-être existait-il des maisons particulières pour lépreux riches.

En 1696, les léproseries furent toutes absorbées dans l'hopital des Incurables de Toulouse.

Les lépreux vivaient d'aumônes, etc. Primitivement, les léproseries dépendaient des paroisses. Puis l'ordre de Saint-Lazare en devint propriétaire, ou du moins administrateur ; il avait du reste le droit de prélever une portion du revenu des lépreux.

Puis la loi nomma des *donataires* qui possédaient cette charge et ces bénéfices. En 1345, les Capitouls l'acquérirent, moyennant 600 deniers à l'écu, d'or bon et pur.

Depuis lors, les lépreux nomment des majoraux et directeurs qui relèvent d'un syndic désigné par eux et dépendant des Capitouls.

En 1696, comme il a été dit, cet état de choses disparut.

L'auteur ne possède pas de documents locaux relatifs à l'examen des lépreux, mais nous voyons qu'en 1499, la ville paye un garde à la porte Sainte-Étienne pour empêcher d'entrer en ville les misels, les roigneux et autres gens infectés. Antérieurement, le roi Philippe VI avait rappelé ces Capitouls au respect des ordonnances relatives à l'isolement des lépreux. Au reste ces derniers étaient parfois très récalcitrants, témoin Guillaume Gourdin, huissier, qui nécessita quatre arrêts du Parlement avant qu'on pût le tenir enfermé chez lui.

L'auteur décrit ensuite le cérémonial relatif à « la manière de recevoir le ladre et mettre hors du siècle et tendre en sa borde ».

Les lépreux, qui ne pouvaient ni vendre, ni tester, etc., pouvaient se marier. Dans les archives de l'Hôtel-Dieu, on trouve la demande d'une jeune fille lépreuse, Delphine Gravière, qui déclarée saine après visite, est sortie de la léproserie, mais demande aux Capitouls d'y rentrer de nouveau, étant demandée en mariage par un lépreux. Elle demande à entrer en payant ce qu'on a coutume de donner.

Le lépreux en son nom propre ne pouvait engager un procès ; il était représenté par son syndic. Il existe cependant les pièces d'un procès intenté par un lépreux à son syndic en 1519 ; à Toulouse, les lépreux pouvaient acheter et vendre.

Dans les églises, il y avait des parties réservées aux lépreux : le transept de droite à Saint-Sernin, la chapelle de Radluph à Saint-Nazaire de Carcassonne. L'auteur ignore s'il existait des cimetières de lépreux.

Les lépreux d'alors, ou plutôt, ceux qu'on considérait comme lépreux pouvaient guérir et être reconnus guéris ; ils rentraient alors dans les conditions normale de la société. Ch. Audry.

Muqueuse buccale (Affections de la).

Pathologie de la bouche chez les souffleurs de verre, par Henri Chaumanet (Bordeaux, 26 novembre 1897).

Une des premières lésions que l'on constate chez les souffleurs de verre est la dilatation plus ou moins accusée des joues. Sur leur face externe on note une coloration de la peau un peu plus foncée que sur le reste du visage, puis une dépression d'autant plus accusée que l'individu est plus amaigri et la dilatation plus forte. Au niveau de la dépression existent deux catégories de sillons ; les uns à direction verticale ou légèrement

oblique, peu nombreux ; à côté de ceux-ci, des sillons moins profonds, mais en plus grand nombre,à direction variable qui forment une véritable mosaïque. Ces sillons donnent à la peau un aspect chagriné, ayant le même aspect que celle des parois abdominales retractées après l'ablation d'une tumeur volumineuse. Nous passerons sur les déformations dues à la distension exagérée que l'auteur décrit d'une façon très minutieuse pour en arriver aux lésions proprement dites de la cavité buccale. Ce sont d'abord les « plaques opalines » bilatérales et symétriques qui existent plus ou moins marquées dans la bouche de tous les « grands garçons » et chez tous les ouvriers qui moulent des bouteilles, des gobelets ou des vitres en soufflant avec la canne. Ces plaques sont constamment situées à la paroi interne et supérieure des joues, c'est-à-dire au point qui se laisse le plus facilement distendre. Les transformations cellulaires de l'épithélium qui donnent peu à peu naissance à ces lésions paraissent être produites par la compression de l'air portée à son maximum sur les parties latérales des joues et par l'imbibition constante de la muqueuse en ce point par l'hypersécrétion de la salive parotidienne. Il se développe d'abord une vascularisation plus marquée à laquelle succède une prolifération plus active des cellules de l'épithélium pavimenteux stratifié. Ce sont ces cellules épithéliales macérées et tassées qui forment les plaques opalines professionnelles. Ces plaques opalines sont généralement peu adhérentes, le frottement du doigt ou d'une croûte de pain suffisent pour en détacher des fragments sous forme d'une pellicule ou d'un lambeau rubané long de 2 à 3 centim. Ces plaques sont parfois plus prononcées d'un côté, toujours du côté le plus distendu. Il importe de les différencier des plaques muqueuses, ce qui sera facile, étant donnée leur localisation exclusive au pourtour du conduit de Sténon, leur symétrie, l'état macéré de l'épithélium, l'absence d'inflammation ou d'ulcération. Le lichen plan buccal avec ses grains ronds d'un blanc d'argent, ses réseaux de fins tractus anastomosés ou arborescents ne sera pas confondu avec les plaques des verriers. Les plaques des fumeurs pourraient prêter à la confusion, mais leur siège presque exclusif aux commissures est déjà un élément de diagnostic différentiel.

Les plaques des verriers disparaissent d'elles-mêmes dès que l'ouvrier cesse de travailler et sans laisser de traces. Pendant la période de travail elles tombent aussi d'elles-mêmes, surtout chez les vieux souffleurs. Au-dessous d'elles, la muqueuse apparaît alors avec sa coloration rosée, avec sa souplesse normale. L'auteur n'a jamais constaté d'ulcération ni d'empâtement de la muqueuse ni d'épithélioma consécutif.

Les autres lésions de la bouche indépendamment des lésions syphilitiques acquises dans l'exercice de la profession, sont : l'irritation des lèvres par le contact de la canne qui aboutit à un épaississement de l'épithélium qui se durcit, se fendille et tombe. Dans quelques cas plus rares, la réaction est plus vive, il y a gonflement, petite phlyctène et eschare.

Au début du travail il se produit aussi du côté des gencives une irritation consécutive au soufflage. Cette gingivite est très légère, ne s'accompagne pas d'inflammation marquée ; on ne voit ni exsudation ni bourrelet autour des dents : tout se borne à une coloration un peu plus accusée que

sur le reste de la muqueuse buccale. Cette irritation comme celle des lèvres disparaît dès la première quinzaine du travail.

Les dents sont généralement mauvaises et les névralgies dentaires fréquentes chez le verrier. D. Frèche.

Néoplasmes divers.

Du tubercule sous-cutané douloureux, par Maille (Bordeaux, 15 décembre 1897).

Si dans les tubercules sous-cutanés, la structure diffère, comme le montrent les recherches histologiques, ce qui reste un, c'est la douleur qui les accompagne.

Le caractère de cette douleur est variable avec les individus. Tantôt c'est un simple éclair, un léger fourmillement, une démangeaison agaçante, une sensation d'arrachement, des spasmes, des accès accompagnés de syncope. La douleur est spontanée ou apparaît par la pression. On a dit que s'il n'y avait pas de nerf dans la tumeur, celle-ci pouvait quand même exercer une pression sur les filets nerveux de voisinage, d'où la douleur. Mais d'où vient cette douleur, lorsque malgré un examen histologique attentif l'on n'a pu découvrir l'élément nerveux dans la constitution, la texture de la tumeur, à la périphérie ou dans son voisinage? On en vient alors à chercher la solution non point seulement dans le petit nodule mais dans l'individu qui le porte. C'est pour cela que l'auteur, comparant aux topoalgies les douleurs du tubercule sous-cutané douloureux, est porté à les expliquer par des troubles purement psychiques, véritables obsessions développées à l'occasion d'un tubercule sous-cutané.

Il est des cas où la cause première des douleurs a été un traumatisme dans la région d'un petit nodule, dont l'existence même avait été jusque-là méconnue du malade : les phénomènes douloureux sont dès lors provoqués, suscités, rappelés par des traumatismes parfois insignifiants, comme si la notion de son existence était définitivement associée dans l'esprit du malade, comme le sont de neurones à neurones les diverses parties d'un arc réflexe.

De même que les accidents convulsifs d'ordre hystérique éclatent le plus souvent après une sensation, une idée accompagnée d'un travail cérébral plus ou moins inconscient et d'un choc correctionnel ; de même l'élément douleur pourra être subordonné à des facteurs analogues. Ce qui le prouve, du reste, ce sont les antécédents, l'existence de stigmates nerveux (rétrécissements concentriques du champ visuel, etc.) et enfin l'apparition possible autour de la cicatrice opératoire, d'une zone d'anesthésie mobile sous l'influence des agents esthésiogènes.

Ces tumeurs sont donc justiciables de la psychothérapie, mais il faut compter avec les résistances individuelles aux suggestions et, parfois, l'ablation amènera seule le calme dans l'esprit des malades. D. Frèche.

Du kératome sénile, par Letonturier (Bordeaux, 24 décembre 1897).

La lésion connue sous le nom de « crasse des vieillards » a été déjà étudiée sous des noms différents par Bazin, Verneuil, Devergie, Cazenave, Heurtaux, Lailler, mais il faut arriver jusqu'en 1896 pour trouver la question du kératome sénile véritablement étudiée en France, par W. Dubreuilh qui fait

une classe importante de ce groupe de lésions de l'épiderme qui se rapprochent de l'épithélioma par leurs caractères histologiques et qui ont une tendance naturelle à aboutir au cancer épithélial, et qu'il appelle kératoses pré-cancéreuses.

Le kératome sénile est une lésion banale caractérisée par l'apparition, en différents points de la surface cutanée, de plaques écailleuses, grises, jaunes ou noires, de grandeur et de contours irréguliers, plus ou moins saillantes, qui apparaissent le plus souvent à un âge avancé, surtout chez les personnes de la campagne. On peut jusqu'à un certain point reconnaître à la lésion un caractère familial.

La maladie atteint presque exclusivement les parties exposées à l'air et dans la statistique de W. Dubreuilh portant sur 250 vieillards hospitalisés il n'y avait que 3 cas de kératose sénile, et encore chez des individus ayant exercé des professions en plein air. L'influence de l'air et de la lumière paraît donc manifeste. Les sièges de prédilection sont la face, les joues, le nez, le dos des mains, quelquefois le cou, mais seulement au niveau des parties latérales, jamais dans la région sus-hyoïdienne.

Au début les plaques sont constituées par une accumulation de squames jaunâtres ou noirâtres, grasses au toucher, ou bien sèches, dures et adhérentes.

A une deuxième période, les amas squameux sont plus épais et adhérents, la surface sous-jacente s'infiltre. A un 3e degré enfin, le kératome poursuit son évolution et devient épithélioma. Il revêt alors deux formes principales :

1o La forme d'ulcération à base infiltrée ; 2o La forme de tumeur globuleuse et saillante. Il peut se faire aussi qu'au lieu de devenir un épithélioma, la lésion donne naissance à une corne. La durée moyenne de la transformation est de 1 ou 2 ans.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion est constituée au début par un épaississement de la couche cornée qui atteint 5 ou 6 fois l'épaisseur normale, mais qui est par contre moins compacte. Les noyaux y sont conservés en grande abondance. La face profonde de la plaque cornée envoie des prolongements dans les bourgeons épithéliaux profonds qui correspondent le plus souvent aux orifices sébacés ou sudoripares. Les couches vivantes de l'épiderme sont généralement fort minces, mais la structure des couches génératrice et épineuse ne présente aucune anomalie. La couche granuleuse manque en certains points ; on la retrouve surtout au niveau des orifices sudoripares. Les glandes sébacées paraissent plus nombreuses et plus volumineuses au niveau du kératome. Leurs orifices sont dilatés, remplis par un bouchon corné, de sorte que l'on voit quelquefois les cellules granuleuses arriver au contact des cellules graisseuses.

Le deuxième stade est caractérisé par des altérations de la couche papillaire et des couches profondes de l'épiderme, par la production des bourgeons épithéliaux minces, multiples, qui s'enfoncent dans le derme sans relation avec les orifices sudoripares, les follicules ni les glandes sébacées.

Le troisième stade est constitué par l'épithélioma confirmé.

L'auteur termine son étude en faisant un rapprochement entre le kératome sénile et le xeroderma pigmentosum. Cette idée de rapprochement émise par Arnozan en 1892 a été reprise par W. Dubreuilh dans son rapport au Congrès de Londres.

Le xeroderma pigmentosum est un des types les plus remarquables de kératose pré-cancéreuse et son mode de début, son siège, son évolution, sa description même font penser à un rapprochement avec le kératome sénile. Ce sont en effet deux maladies à allure identique, marchant toutes deux vers le cancer, l'une chez les enfants, l'autre chez les vieillards. La topographie est presque la même dans les deux cas, cependant le xeroderma attaque assez fréquemment le tronc. Enfin les altérations de pigmentation se trouvent aussi dans le kératome où l'on remarque un état atrophique de la peau et ces taches achromateuses si marquées dans le xeroderma pigmentosum. D. Frèche.

Pemphigus.

Du pemphigus foliacé mixte primitif, par L. Lansac (Toulouse, 26 février 1898).

L'auteur résume forcément l'histoire du pemphigus et des pemphigoïdes, puis, spécialement, celle du pemphigus foliacé. Il distingue 3 types : 1° un type caractérisé par du prurit modéré, une éruption d'abord purement bulleuse, puis suivie de rougeur avec desquamation et papillomatose ; 2° un type érythémateux, exfolié et bulleux dès le début ; 3° un type débutant soit comme le pemphigus vulgaire, soit comme une dermatite herpétiforme et s'achevant par de l'exfoliation combinée à des bulles. Il considère comme appartenant au pemphigus foliacé mixte primitif des cas où bulles et exfoliations s'associent dès le début ; la maladie est longue, et l'état général résiste longtemps.

Il donne une observation remarquable prise à la Clinique chez une fille de 24 ans ; la maladie a débuté à l'âge de 12 ans. Bulles et exfoliation dès le début. A 20 ans, déviation de la colonne vertébrale ; scoliose gauche et cyphose dorsale. Actuellement poussée bulleuse continue, cheveux ou poils diminués ou disparus : ongles altérés, etc., cœur et poumons de bossu. État général lamentable.

La malade sortit bientôt de la clinique, et succomba à la cachexie peu de jours après sans qu'on ait pu faire l'autopsie.

L'auteur rappelle et résume les renseignements fournis par les différents examens anatomiques connus. Il se rattache, en ce qui touche la pathogénie, à la théorie nerveuse (médullaire) et insiste à ce propos sur la signification qu'on doit attribuer à la déviation de la colonne vertébrale chez sa malade.

Suivent le résumé ou la reproduction de 28 observations antérieures, parmi lesquelles, une typique, retrouvée dans Gibert. Ch. Audry.

Pian.

Contribution à l'étude du traitement du cancer épithélial par la méthode Cerny et Trunecek, par Pascal (Montpellier, 18 juillet 1898).

Dans ce travail, fait à la Clinique dermatologique de Montpellier, l'auteur s'est proposé de rechercher quelle était la valeur de la méthode de Cerny-Trunecek (application d'une solution hydro-alcoolique d'acide arsénieux variant de 1/150e à 1/80e) dans la cure de l'épithélioma cutané.

Après avoir montré qu'en réalité ce n'est pas un procédé nouveau, que c'est simplement une heureuse modification du vieux traitement du cancer par l'acide arsénieux, il en précise la technique telle qu'elle a été formulée en 1897 par Cerny et Trunecek, et, avec ces auteurs, attribue l'influence curative de ce traitement sur l'épithéliome à une action momifiante exercée par l'acide arsénieux sur le tissu malade.

Pour se faire une idée juste de la méthode, il a réuni la plupart des observations publiées auxquelles il a ajouté trois cas inédits : cela donne un total de 25 observations, sur lesquelles 17 se sont montrées favorables au nouveau traitement et 8 défavorables. C'est d'après ces documents qu'il a essayé d'en poser les indications, qu'il résume ainsi :

La méthode de Cerny-Trunecek est indiquée dans les épithéliomes superficiels, à marche lente, à tendance destructive peu marquée, sans retentissement ganglionnaire, tels qu'on les observe à la face, surtout chez les vieillards. Sa technique simple, son emploi sans aucun danger, les bons résultats qu'elle donne témoignent en faveur de son utilité dans ces conditions.

Elle est généralement contre-indiquée dans les épithéliomes profonds, à allure envahissante, avec engorgement ganglionnaire, dans les épithéliomes récidivés, enfin dans les épithéliomes marginaux lorsqu'ils s'étendent à la muqueuse.

Néanmoins on pourra l'essayer, avec quelques chances de succès, au début des épithéliomes profonds, lorsqu'ils sont encore mobiles sur les plans sous-jacents, à surface ulcérée peu considérable, et que la peau environnante n'est infiltrée que dans une étendue restreinte. A. Brousse.

Pian.

Le Pian, par G. Cadet (Bordeaux, 24 décembre 1897).

Aucune maladie n'a été l'objet d'opinions plus inexactes et plus contradictoires que le pian. Toutefois, depuis quelques années le débat s'est resserré et on ne discute plus guère maintenant que sur les rapports du pian et de la syphilis. Après avoir fait un tableau très complet des divers noms donnés à la maladie, l'auteur dit que s'il assimile le pian, le yaws, le paranghi, le tonga, c'est sur la foi des médecins qui ont vu la maladie en des points différents du globe et l'ont retrouvée avec les mêmes caractères, par exemple Charlouis à Java et à Ceylan, Daniels aux Fiji et aux Guyanes. Du reste il y a des descriptions trop concordantes pour qu'on n'y voie pas la même affection ; il en est d'autres plus vagues, propres à jeter le trouble dans l'esprit. Mais Hutchinson ayant réuni des spécimens illustrés de ces diverses affections, conclut qu'il est hors de doute que la maladie appelée paranghi à Ceylan, çoko aux Fiji et yaws ou frambœsia au Cap, aux Indes occidentales ou ailleurs, est réellement une seule et même maladie.

Le pian, qui n'est pas héréditaire, règne sur un grand nombre d'enfants

dans les endroits où il existe ; les adultes et les vieillards n'en sont pas indemmes. L'affection frappe toutes les races. L'inoculation pour se produire a besoin d'une rupture de l'épiderme. La période d'incubation à la suite d'inoculations a été fixée à 12 ou 20 jours. Après cette première période vient la période d'éruption qui s'annonce par une certaine décoloration de la peau avec une desquamation furfuracée de l'épiderme, puis se développe une papule et l'épiderme distendu par cette dernière finit par se rompre. Alors apparaît un tubercule de dimension variable comparable à une mûre ou une framboise qui laisse suinter un liquide visqueux, jaune verdâtre, très contagieux, qui se concrète en croûtes melliformes. Ces tumeurs peuvent guérir spontanément, se dessèchent et tombent sans laisser de cicatrices. Leur durée est de quelques mois à 2 ans.

La polyadénie, qu'on rencontre tient probablement à l'état lymphatique des malades. Il n'y a que peu de troubles généraux. Il a été conseillé des traitements variés ; on a de plus remarqué que les pyrexies, la vaccination avaient sur le pian une influence favorable.

L'histologie montre qu'il se forme d'abord un amas de cellules embryonnaires de la grosseur d'une tête d'épingle dans la couche papillaire. Si la lésion s'arrête là, il n'en résulte qu'une légère desquamation du stratum corneum qui se trouve surdistendu. Il peut arriver que cet amas atteigne le volume d'un grain de plomb puis disparaisse avant de rompre l'épiderme, c'est une autre forme avortée de la papule.

Dans les tubercules bien développés, les couches superficielles du chorion sont presque entièrement remplacées par du tissu de granulation. Pendant que la couche cornée tombe nécrosée, les couches interpapillaires du stratum malpighien, gardant leur vitalité, prolifèrent, s'étendent à la surface du tubercule et émettent des prolongements profondément dans le derme. Si le tissu de granulation, pour une cause ou pour l'autre, vient à se détruire ou à être absorbé plus rapidement que les processus épithéliaux, il en résulte l'apparition papillomateuse parfois observée. Comme il existe une prolifération de toutes les couches de l'épiderme, s'intercalant au tissu de granulation, il n'est pas difficile de comprendre qu'il n'y aura pas de vraie cicatrice, à moins que l'épiderme ne soit détruit violemment, c'est-à-dire le plus souvent par les caustiques. Quant aux travaux bactériologiques sur le pian, ils sont entachés d'erreurs.

L'auteur termine son travail par une discussion sur la nature de l'affection. La conclusion est que le pian est une maladie *sui generis*, distincte de la syphilis. Un pianique peut contracter la syphilis et un syphilitique peut contracter le pian. Les deux affections sont peu distinctes.

D. Frèche.

Sycosis.

Essai sur le traitement du sycosis, par A. Lemasle (Bordeaux, 8 décembre 1897).

Il faut entendre par sycosis l'affection désignée tour à tour sous les noms d'eczéma pilaire, d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure, de folliculite pilaire de la lèvre supérieure, survenue à la suite d'un écoulement nasal persistant ou à répétition et caractérisée d'abord par des lésions

érythémateuses bientôt suivies de pustules circum-pilaires et d'infiltration plus ou moins profonde des tissus.

L'auteur, après avoir passé en revue la variété innombrable de médicaments proposés dans le traitement du sycosis, rapporte 13 observations où il a été employé des badigeonnages d'une solution *alcoolique* de sublimé au centième en même temps qu'une pommade renfermant 2 grammes d'extrait de Saturne et de goudron pour 10 grammes d'axonge et de lanoline.

Ce traitement ne guérit pas toujours et surtout n'empêche pas infailliblement la récidive, pourtant aucun des remèdes appliqués jusqu'à ce jour n'a donné des résultats aussi rapides et aussi satisfaisants.

La solution de sublimé dans l'alcool agirait comme antiseptique ; quant à la pommade, elle peut aussi agir comme antiseptique, mais son rôle principal consiste à ramollir les croûtes qui tombent ainsi plus aisément et à faciliter l'action de l'alcool au sublimé.

Le médicament est facilement toléré bien qu'il paraisse incendiaire à première vue. Des malades qui ne pouvaient supporter des solutions aqueuses au sublimé, des pommades au naphtol et chez lesquels on n'appliquait le traitement qu'avec hésitation, ont pu continuer son emploi presque sans interruption.

S'il se produit de la rougeur et de la douleur, on suspendra momentanément les badigeonnages pour les remplacer par des topiques émollients. La rasure, l'épilation ou les scarifications sont inutiles avec l'alcool au sublimé.

Pour aider le traitement, il sera de toute importance de faire une exploration très minutieuse de l'état du nez et de ses cavités accessoires ; les empyèmes des différents sinus, les rhinites vaso-motrices entretiennent en effet l'affection et favorisent ses récidives. D. FRÈCHE.

Thérapeutique.

Contribution à l'étude du perchlorure de fer, son application au traitement des dermatoses parasitaires, par A. BRENTA (Montpellier, 30 avril 1898).

L'auteur, ayant eu l'occasion de voir le Dr E. Martin, médecin de l'Infirmerie communale d'Alger, traiter avec succès les dermatoses parasitaires par le perchlorure de fer, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de ce procédé de thérapeutique cutanée.

Après avoir passé en revue les applications les plus fréquentes en médecine, du perchlorure de fer, il en étudie la pharmacologie et montre que la solution aqueuse officinale, forme sous laquelle cet agent a été jusqu'à présent presque exclusivement employé, ne se prête pas, à cause de sa trop grande fluidité, aux applications locales limitées, nécessitées par le traitement des dermatoses.

C'est donc au *perchlorure de fer sec*, incorporé à différents véhicules, qu'il a eu recours : soit à la glycérine (perchlorure de fer sec, 30 gr. ; glycérine à 30°, 70 gr.) ; soit à la traumaticine (perchlorure de fer sec, 25 gr. ; gutta-percha, 10 gr. ; chloroforme, 100 gr.) ; soit au collodion dans les mêmes proportions, soit en pommade (perchlorure de fer sec, 30 gr. ; lanoline et vaseline, de chaque, 50 gr.).

Ces différentes préparations ont été employées dans le traitement des dermatoses parasitaires, soit d'origine animale (phthiriases, gale), soit d'origine végétale (pityriasis versicolor, érythrasma, trichophyties, favus, pelade). L'auteur rapporte 47 observations, dans lesquelles leur emploi a été suivi de succès.

Les résultats obtenus seraient même des plus encourageants, particulièrement en ce qui concerne les dermatomycoses : en effet, les trichophyties guériraient en une moyenne de trente-cinq jours, le favus en un laps de temps variant de quinze jours à deux mois. A. BROUSSE.

Tuberculose cutanée.

De la dacryocystite tuberculeuse considérée comme point de départ du lupus de la peau, de la muqueuse nasale, de la conjonctive palpébrale, par A. TAVERNIER (Lille, 29 décembre 1897).

La dacryocystite serait fréquemment tuberculeuse, sans que les caractères cliniques de cette dacryocystite tuberculeuse permettent de la différencier de la dacryocystite chronique simple.

La signature de la tuberculose en pareil cas, c'est la fréquence du lupus consécutif à la dacryocystite.

L'auteur a pu réunir vingt et une observation à l'appui de cette manière de voir.

Dans la plupart des cas, la dacryocystite tuberculeuse a donné lieu à un lupus de la peau du nez et de la joue. Très fréquemment, on observe en même temps du lupus de la muqueuse nasale.

Dans deux observations, on observa du lupus de la conjonctive palpébrale. CHARMEIL.

Le lupus tuberculeux traité par le mercure et l'iodure, et principalement par les injections intra-musculaires d'huile grise, par D. CREUTZER (Lille, 25 juillet 1898).

Ce travail repose sur treize observations personnelles recueillies à la Clinique dermatologique de la Faculté.

Le résultat obtenu dans ces treize cas fut : une observation avec succès complet ; quatre cas dans lesquels la rétrocession a été très accusée, si la guérison n'a pas été complète ; trois cas d'amélioration encore incontestable, mais moins marquée ; enfin, dans cinq cas, les malades n'ont paru retirer aucun bénéfice appréciable du traitement.

Ces résultats sont suffisants pour préconiser l'emploi de la méthode.

Avant l'intervention thérapeutique, aucun signe ne peut faire prévoir quel en sera le résultat et il est encore impossible de déclarer a priori quels cas seront favorablement influencés et quels cas se montreront réfractaires. CHARMEIL.

De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux viscéraux, par ETIENNE CHANAY (Lyon, juillet 1898).

Tout foyer de tuberculose viscérale communiquant avec la peau peut l'inoculer secondairement à un moment donné. Cette complication n'a été signalée cependant jusqu'à présent de façon positive qu'autour des fistules pleurales et autour des fistules hypogastriques dans la tuberculose de la vessie.

L'auteur cite une observation inédite d'ulcère tuberculeux classique qui se serait développé au niveau d'une fistule ombilicale, à la suite d'une laparotomie pour péritonite tuberculeuse.

La tuberculose cutanée reconnaissant cette origine secondaire peut présenter différentes formes. En dehors des ulcérations tuberculeuses à forme classique accompagnant les fistules anciennes, on rencontre le lupus ordinaire, des lupus atypiques et la tuberculose verruqueuse.

L'apparition de la tuberculose cutanée confirmant la nature tuberculeuse du foyer viscéral, il est bon de vérifier la nature tuberculeuse de la lésion par l'examen microscopique et l'inoculation. Le début de l'affection cutanée peut avoir lieu, tantôt sur la peau qui l'entoure, quand la fistule existe, tantôt sur la cicatrice, quand la fistule est fermée. Le pronostic est subordonné à l'évolution du foyer viscéral, mais il est aggravé par la tuberculose de la peau, à cause des complications auxquelles elle peut donner naissance *in situ* et à distance (lymphangites et adénites en particulier), en raison surtout du mauvais terrain que cette propagation fait présumer. Le traitement sera indépendant de celui du foyer viscéral, car la lésion cutanée peut subsister alors même que la tuberculose viscérale serait guérie, et évoluer alors pour son propre compte. Le traitement sera le traitement ordinaire des tuberculoses de la peau. J. Éraud.

Lichen scrofulosorum. Folliclis tuberculeuse chez l'enfant, par Henry Lefebvre (Nancy, 1898).

Au mois de mai 1896, M. Haushalter faisait, à la Société de médecine, une communication où il déclarait avoir transmis la tuberculose expérimentale à un cobaye, en lui inoculant les produits de raclage de papules de lichen scrofulosorum recueillis sur une petite fille âgée de 5 ans. D'autres inoculations furent entreprises depuis dans le service. C'est dans le but de coordonner ces observations et de prouver la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum, admise du reste en France, que Lefebvre a écrit ce travail.

Après un historique très détaillé, dans lequel l'auteur fait une part bien large et bien méritée aux maîtres de l'école française, l'auteur consacre un chapitre à l'étiologie. Ce qu'il y a à en retenir, c'est que le lichen scrofulosorum est toujours entaché de tares tuberculeuses ; il se développe de préférence de 5 à 20 ans.

L'anatomie pathologique nous apprend que le lichen scrofulosorum est une folliculite pilo-sébacée. On a cherché aussi à faire la bactériologie expérimentale de la lésion. Seul Jacobi prétend avoir constaté le bacille de Koch dans les papules. A trois reprises le bacille a été recherché par l'auteur dans les papules des malades qui se trouvaient à la Clinique. Ni dans les coupes, ni dans les lamelles faites par frottis, il ne fut possible de déceler la présence du bacille.

Quelques auteurs ont eu recours à la tuberculine ; elle a donné plus de succès que les examens bactériologiques.

Reste l'expérimentation par inoculation aux animaux. Les recherches faites jusqu'ici dans ce sens ne sont pas très nombreuses et ont donné toutes, à part celle de Celso Pellizzari, des résultats négatifs.

M. Haushalter et son élève furent plus heureux : ils purent trois fois transmettre la tuberculose expérimentale au cobaye.

Ces recherches et ces observations constituent évidemment la partie la plus intéressante de la thèse.

L'auteur, pour indiquer à la fois la nature anatomo-pathologique et la nature étiologique, et donner ainsi une définition claire et précise du lichen scrofulosorum, propose de l'appeler *folliclis tuberculeuse.*

L. n'attache qu'une faible importance au traitement local, difficile à appliquer à cause de la dissémination des lésions ; il insiste surtout sur le traitement général et la vie au grand air. L. Spillmann.

Urticaire.

Urticaire et troubles digestifs, par Ch. Raiberti (Montpellier, 26 mars 1898).

L'auteur considère l'urticaire comme une véritable névrose vasomotrice, développée sous l'influence d'une disposition individuelle, qui est le plus souvent la diathèse arthritique.

Étudiant ses rapports avec les troubles digestifs, il montre que tantôt ceux-ci agissent comme provocateurs de l'affection, tantôt constituent simplement une de ses manifestations, lorsque celle-ci se localise sur l'appareil gastro-intestinal.

De cette conception pathogénique découle pour le traitement général une indication majeure, c'est d'abord la nécessité d'une hygiène alimentaire sévère, c'est ensuite un traitement approprié aux troubles gastro-intestinaux, sans négliger celui du fonds arthritique. A. Brousse.

Verrue.

De la verrue vulgaire, par Delmas (Bordeaux, 29 juillet 1898).

Unna définit la verrue : un acanthome acquis de nature infectieuse, survenant en foyers et s'accompagnant d'hyperkératose dès le début.

Les verrues les plus communes sont celles qu'on observe à la face dorsale des mains, mais on peut en trouver ailleurs. Chaque région imprime aux verrues des caractères particuliers. A la *face palmaire*, quoique apparente la verrue est moins saillante, car elle se creuse une loge dans la profondeur des tissus. Dans la *verrue plantaire* on retrouve les mêmes caractères, mais plus accusés, car l'épiderme y est plus épais. Les *verrues de la face* sont très communes, elles coïncident le plus souvent avec les verrues palmaires, mais leur aspect est très différent lorsque leur évolution est complète. Le sommet de ces verrues se divise en effet en un certain nombre de pointes cornées, acuminées, disposées parallèlement en pinceau ou divergentes en bouquet. On voit aussi des verrues dans le cuir chevelu et des verrues sous-unguéales au pouce et au gros orteil.

L'étiologie de la verrue vulgaire est assez obscure et on a tour à tour invoqué la malpropreté, les traumatismes, le lymphatisme. La multiplication de ces lésions paraît être due à des auto-inoculations, c'est du reste la croyance populaire à laquelle on semble actuellement ajouter un certain crédit. Certains auteurs ont décrit comme agent pathogène, certaines bactéries ou bâtonnets, mais M. Dubreuilh, qui a repris les recherches de Kühnemann et de Schweninger, affirme n'avoir jamais pu découvrir ce bacille. Toutes les expériences de culture sont restées stériles ou n'ont

fourni que des cultures blanches d'un microcoque dont Richter voulait faire l'agent spécifique de la verrue. Neisser et Jadassohn, cités par Winiwarter, n'ont pas été plus heureux dans leurs recherches. Le système nerveux pourrait jouer un rôle important dans l'étiologie de la verrue et son influence mérite d'être étudiée méthodiquement.

Au point de vue anatomo-pathologique, on voit sur une lésion récente un épaississement de toutes les couches de l'épiderme et toute la masse est déjà traversée par des papilles allongées qui arrivent très près de la surface. En profondeur les bourgeons épidermiques pénètrent dans le derme et s'y creusent une loge, mais ils soulèvent les masses épidermiques situées au-dessus, kératinisées ou non, et les papilles vasculaires qui les pénètrent. Ces papilles sont allongées, étirées par la prolifération épithéliale et toute la partie terminale de l'anse capillaire. La thrombose, les quelques cellules encore vivantes qui l'entouraient achèvent leur kératinisation ou se momifient et forment ces points noirs qu'on voit sur les verrues et même sur les coupes perpendiculaires.

Dans les régions où la couche cornée est normalement très épaisse, à la paume des mains et à la plante des pieds, il se fait tout autour de la verrue une zone d'hyperkératose qui encadre la verrue d'un anneau corné. On retrouve cet anneau à la face dorsale de la main, mais il est moins large, plus abrupt, moins haut et n'atteint pas le sommet de la verrue. A la face il disparaît complètement. Au reste, la verrue de la face ne ressemble pas aux autres ; au lieu de s'implanter profondément dans la peau, d'être surtout une néoplasie épidermique, elle est tout en dehors.

Le derme sous-jacent aux verrues ne présente aucune altération notable ; quelquefois une très légère infiltration cellulaire assez diffuse, constituée surtout par des lymphocytes mononucléaires, des mastzellen disséminées et quelques rares cellules plasmatiques.

Au point de vue du traitement, l'auteur ne conseille aucune thérapeutique nouvelle. D. Frèche.

SYPHILIGRAPHIE

Chancre.

Contribution à l'étude des chancres du sein, par Bulté (Lille, 16 décembre 1897).

Cette thèse renferme 8 observations inédites, dont 7 chez la femme et une chez l'homme.

De ces observations une est particulièrement intéressante en raison de l'étiologie du chancre mammaire : il s'agit d'une femme de 21 ans qui, enceinte de cinq mois à la suite d'un premier et unique coït, se plaça comme bonne d'enfants dans une famille où on lui confia la garde d'un jeune enfant affecté, à n'en pas douter, de syphilis héréditaire (éruptions sur la peau, plaques muqueuses, etc., etc.). Pour apaiser les cris de l'enfant et frotter ses gencives, la jeune bonne avait l'habitude d'introduire dans la bouche du bébé l'index de la main droite. Comme, vu son état de grossesse, elle ressentait de vives démangeaisons aux deux seins, elle se grattait avec ardeur et naturellement se grattait le sein gauche avec la main droite. Or c'est précisément au sein gauche qu'ap-

parut le chancre syphilitique évidemment inoculé par l'index contaminé par la bouche de l'enfant. Les dires absolument formels de la femme en question ne laissaient pas de doute sur ce mode de contamination. CHARMEIL.

Gommes.

Contribution à l'étude des gommes syphilitiques des paupières, par RAYMOND BLARY (Lyon, 7 décembre 1897).

La gomme syphilitique de la paupière est une affection rare, apparaissant en général très longtemps après l'accident primitif. Elle s'observe presque constamment chez l'adulte, particularité explicable par ce fait que la syphilis acquise lui donne naissance dans la grande majorité des cas; on la trouve quelquefois aussi mais beaucoup plus rarement chez les enfants syphilitiques héréditaires. Elle se montre en un point quelconque de la paupière. Lorsqu'elle est unique, elle siège plus volontiers à la commissure palpébrale externe; dans le cas contraire, on observe toute une série de petites gommes disséminées ordinairement le long du bord ciliaire.

Laissant de côté les gommes conjonctivales, on peut diviser les manifestations syphilitiques tardives de la paupière en gommes circonscrites de la peau, en gommes disséminées, en syphilome diffus du cartilage tarse (tarsite de Fuchs). Les deux premières affectent tantôt une marche en infiltration gommeuse aiguë, laquelle a une tendance marquée à l'ulcération, ou bien en infiltration gommeuse subaiguë qui se termine le plus souvent par résorption sans passer par une phase d'abcédation. La scléro-gomme du tarse se traduit par une induration ligneuse du cartilage, rendant difficile l'éversion de la paupière, — par le ptosis, la chute des cils, quelquefois par un léger œdème conjonctival.

Le diagnostic de la gomme palpébrale est assez difficile: aussi faudra-t-il s'appuyer sur la coexistence ou les reliquats de certaines affections de l'œil dues à la syphilis (iritis, choroïdo-rétinites) pour la différencier de l'épithélioma, du lupus ulcéreux ou gomme tuberculeuse, du chancre primitif, du chalazion, etc.

Les signes distinctifs tirés de l'âge, des antécédents, de l'état général, de la marche de l'affection, devront être mis en ligne de compte.

Le pronostic est subordonné à l'exactitude et à la rapidité du diagnostic. Bénin, lorsque l'affection est soignée de bonne heure, il devient plus sérieux lorsqu'elle est méconnue: dans ce dernier cas, l'ulcération peut détruire complètement la paupière.

Le traitement devra être général et local et lutter, autant que possible, contre les rétractions qui suivent la cicatrisation. J. ÉRAUD.

Syphilis de la bouche, du pharynx et du larynx.

Tertiarisme bucco-pharyngé dans la syphilis des indigènes algériens, par F. CREUTZ (Montpellier, 16 juin 1898).

Dans cette thèse, faite sous l'inspiration du professeur Gémy (d'Alger), l'auteur étudie les manifestations de la syphilis tertiaire sur l'appareil bucco-pharyngé, très fréquentes chez les indigènes algériens et affectant chez eux une gravité particulière.

Son travail est basé sur 33 observations, recueillies à la Clinique dermato-syphiligraphique d'Alger, et le conduit aux conclusions suivantes :

Les accidents tertiaires bucco-pharyngés atteignent la proportion considérable de 21 p. 100 dans la syphilis des indigènes algériens. Par ordre de fréquence, ils affectent le voile du palais, la voûte palatine, les lèvres, le pharynx et la langue.

Ces accidents sont quelquefois très graves, particulièrement quand ils sont accompagnés de lésions de même nature sur les autres parties du corps ; ils le sont beaucoup moins, quand ils constituent la première et l'unique manifestation du tertiarisme.

La gravité de ces accidents est due à ce que la syphilis indigène est une syphilis *non mercurialisée*, et par conséquent non atténuée, et aux mauvaises conditions dans lesquelles vivent les indigènes.

Le traitement qui leur convient le mieux consiste dans la combinaison des frictions mercurielles ou mieux des injections de calomel avec l'iodure de potassium à doses croissantes. Ce traitement agit très rapidement et est généralement bien supporté, particulièrement des indigènes non alcooliques. A. Brousse.

De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois périodes, par Paul Jourdanet (Lyon).

Ce travail est consacré à confirmer la règle que Garel a formulée il y a quelques années et qui consiste en la donnée suivante : « doit être considéré comme syphilitique tout malade éprouvant de la dysphagie au niveau des amygdales et de l'arrière-gorge depuis un laps de temps remontant à trois semaines au moins ». Jourdanet insiste sur ce point que les syphilitiques avec dysphagie, interrogés sur le siège exact de leur douleur, montrent invariablement l'angle de la mâchoire, point du tégument extérieur correspondant aux amygdales, différant en cela des malades atteints de phtisie laryngée qui rapportent le siège de leur douleur dans une région située beaucoup plus bas et correspondant au larynx.

Le symptôme a sa valeur aux trois périodes. Dans la première période d'abord où le chancre de l'amygdale résume tous les accidents primitifs de la gorge qu'il faudra différencier de l'angine simple, de l'angine diphtéritique, ulcéreuse, toutes affections dont l'évolution donne rarement lieu à une dysphagie de trois semaines. Cette règle pourra s'appliquer aussi à la période secondaire, bien qu'en l'espèce, la durée de la dysphagie soit des plus variables, et bien que souvent bon nombre de syphilitiques n'en accusent pas. — Les manifestations tertiaires de la syphilis, plus encore que les précédentes, s'accompagnent de dysphagie prolongée ; sur ce point, les auteurs sont unanimes.

En somme, il semble à Garel et Jourdanet que, d'une façon générale, une dysphagie excédant trois semaines et siégeant au niveau de l'arrière-gorge, puisse faire préjuger de la nature syphilitique d'un accident guttural. Ils n'affirment rien de plus, et ne veulent pas donner au signe une valeur plus exagérée qu'il ne convient. Ce qu'il y a de certain pour eux, c'est que dans la pratique, une dysphagie prolongée doit toujours éveiller l'attention de ce côté. Ils reconnaissent toutefois que certaines affections

chroniques autres que la syphilis donnent lieu à une dysphagie d'aussi longue durée, mais ces cas sont relativement rares, et en présence de certains diagnostics difficiles, il vaut mieux, et c'est là leur conclusion, s'exposer à déclarer syphilitique un accident banal qu'à traiter d'une façon banale un accident syphilitique. JULES ÉRAUD.

Traitement de la syphilis laryngée, en particulier des sténoses laryngées par le tubage, par LOUIS GAUTIER (Lyon, 10 décembre 1897).

Les laryngopathies se divisent en primaires, secondaires, tertiaires ; toutefois elles sont assez rares, surtout les laryngopathies graves. Quant aux formes héréditaires, elles sont bien plus rares encore, surtout la forme tardive. Leur traitement varie suivant la période considérée. Vu la rareté du chancre laryngien ou plutôt épiglottique, le traitement de la période primaire est naturellement éliminé, d'autant que le diagnostic n'est généralement pas fait, ou si l'on songe à la vérole, on pense à des accidents tertiaires ou secondaires. Dans la période secondaire, comme il s'agit de cas généralement bénins, n'entraînant pas de dyspnée, le traitement sera uniquement médical, sauf dans de très rares exceptions de paralysie laryngée avec dyspnée ou œdème. En l'espèce, c'est le traitement spécifique général qui est seul employé, car à l'heure actuelle, le traitement local est à peu près complètement délaissé.

Tout autre est le traitement des formes tertiaires, ces formes s'accompagnant toujours de dyspnée plus ou moins intense suivant le degré de sténose. A cet égard, l'auteur distingue avec Krishaber les laryngo-sténoses incomplètes et d'autre part les laryngo-sténoses avec tendance à l'oblitération de la glotte. Aux laryngo-sténoses incomplètes, on opposera un traitement médical pour éviter toute intervention, tandis que les sténoses inspiratoires seront justiciables d'un traitement médical et chirurgical, à moins que le traitement spécifique n'ait une action rapide, immédiate sur la lésion.

En ce qui touche le traitement médical des laryngopathies tertiaires, le traitement mixte s'emploiera dans les cas de diagnostic certain ; s'agit-il de cas douteux, au contraire, on donnera de l'iodure dont la valeur diagnostique est indiscutable. Les formes héréditaires souvent compliquées de sténose seront traitées le plus souvent comme les formes tertiaires ; dans le type syphilitique héréditaire précoce, on donnera le mercure de préférence.

Mais le traitement spécifique seul n'a généralement pas d'action sur les vieilles sténoses laryngées cicatricielles, lesquelles deviennent alors justiciables du traitement chirurgical. Ce dernier consistera essentiellement à sectionner les brides fibreuses, à enlever les végétations et le plus souvent il devra lutter contre la dyspnée plus ou moins intense, l'asphyxie plus ou moins immédiate.

D'où deux sortes de procédés : *a*) les procédés sanglants (trachéotomie, destruction au couteau ou au galvano-cautère des adhérences ou brides) ; *b*) les procédés non sanglants (méthode de Schrötter ou dilatation méthodique et progressive, et tubage d'O'Dwyer. Le tubage répond à une double indication, suivant qu'il est fait d'urgence ou bien qu'il est dilatateur. Dans le premier cas, il pare à une asphyxie imminente et, dans le second,

il amène de la dilatation progressive, et comme tel il peut s'employer sans urgence absolue.

En résumé, en présence d'une sténose syphilitique grave du larynx justiciable du traitement chirurgical, l'auteur préfère à la trachéotomie le tubage d'O'Dwyer, opération bien moins dangereuse et bien plus facilement acceptée par la famille, mais qui nécessite malheureusement une surveillance continuelle. J. Éraud.

Syphilis du système nerveux.

Contribution à l'étude clinique de la méningite spinale syphilitique, par Charles-Émile Peltier (Lyon, 24 novembre 1897).

Parmi les deux formes primitive et secondaire de la méningite spinale syphilitique, l'auteur n'étudie que la première. Et tout d'abord un point particulier de cette méningite, c'est qu'elle est l'accident initial de la syphilis médullaire. Bien que la syphilis des méninges spinales puisse exister dans toute la hauteur du rachis, il y a lieu de distinguer plus spécialement une méningite spinale cervicale et une dorsale ou dorso-lombaire.

Le symptôme le plus important, celui sur lequel le malade appelle le plus volontiers l'attention, est la rachialgie qui entraîne une raideur ou partielle ou totale de la colonne, puis des phénomènes nerveux tels qu'hyperesthésie, angoisse, atrophie musculaire, etc. Mais les deux traits caractéristiques de cette affection sont l'apyrexie et l'évolution de la maladie. Ainsi la fièvre n'a jamais été observée ; il est même singulier de voir cette maladie débutant avec l'appareil d'une affection aiguë sans que jamais le thermomètre s'élève au-dessus de 38°.

Le mode de début peut être brusque, mais en général il est progressif. La complication principale consiste dans la myélite, car toute méningite tend d'elle-même, en vertu des connexions vasculaires de la pie-mère et de la substance médullaire, à devenir une myélite transverse diffuse.

La méningite pure syphilitique n'entraînant pas la mort par elle-même, il est difficile d'en nettement établir l'anatomie pathologique. Pourtant, ce qu'il faut savoir, c'est qu'il y a rarement des lésions circonscrites afférentes à la méningite spinale spécifique : c'est une infiltration diffuse, constituée par un tissu à cellules granuleuses capables de se développer avec la plus grande rapidité et de se résorber de même sous l'influence d'un traitement approprié. Dans les formes aiguës, pas de lésions scléreuses par lesquelles plus tard se manifestera la myélite chronique.

Le diagnostic doit être fait de bonne heure, car le pronostic en dépend ; il faut enrayer, par un traitement spécifique intensif, la propagation des méninges à la moelle. Le rhumatisme, les névralgies, l'hystérie sont les affections qui peuvent être le plus souvent confondues avec la méningite spinale syphilitique. J. Éraud.

Considérations critiques sur l'étiologie de la paralysie générale et de la syphilis comme facteur essentiel, par Julien Clerc (Lyon, décembre 1897).

Long plaidoyer en faveur de la syphilis considérée en tant que cause de toutes les modalités de la paralysie générale.

Clerc, après avoir passé en revue toutes les opinions des auteurs relatives à l'étiologie de la paralysie générale, en arrive à conclure que ni les causes morales, ni l'alcoolisme, ni l'hérédité ne peuvent causer la péri-encéphalite diffuse, ces trois facteurs étant seuls ou associés. C'est tout au plus s'ils peuvent aider un autre facteur essentiel, la syphilis.

Si les rapports de la syphilis et de la paralysie générale sont de date très ancienne, c'est surtout dans la deuxième partie de ce siècle que l'on a cherché les rapports directs entre ces deux maladies. Il appert de nombre d'auteurs, aliénistes, syphiligraphes, que la paralysie générale est le résultat d'une infection syphilitique ; ce qui le prouve, dit Clerc, ce sont ses formes cliniques, l'étude anatomo-pathologique de ses lésions, l'étude de la thérapeutique. Seule, la syphilis peut expliquer les paralysies générales juvéniles ou les paralysies générales conjugales.

Cliniquement, il y a une syphilis tertiaire diffuse qui est la paralysie générale et une syphilis tertiaire circonscrivant un ou deux territoires du cerveau qui donne lieu à des lésions limitées dans la sensibilité et la motricité. Car on trouve — et de nombreux cas ont été signalés — des paralysies générales avec hémiplégies, des paralytiques paralysés du bras gauche ou de la jambe droite, tout cela dépendant du siège de la lésion anatomique. Inversement, on trouve des syphilitiques qui ont des gommes du crâne ne donnant lieu qu'à des céphalées sans symptômes paralytiques. Les autres signes tels que tremblement, céphalée, délire des grandeurs, etc., ne sont qu'une question d'intensité. Les formes cliniques de la syphilis cérébrale diffuse ressemblent donc à celles de la paralysie générale.

Au point de vue anatomo-pathologique, la syphilis tardive peut créer un processus embryonnaire qui aboutit à la sclérose ou à la caséification. La lésion essentielle des myélo-encéphalites syphilitiques est une sclérose disposée par plaques disséminées ou en zones plus ou moins diffuses. Dans la syphilis, le virus exerce d'abord son action sur les vaisseaux et consécutivement sur les gaines lymphatiques : ces dernières se continuant avec celles qui constituent le réseau conjonctif général du système nerveux, il en résulte que l'altération passe des unes aux autres, elle se diffuse. Entre les formes des myélo-encéphalites diffuses ou disséminées, il n'existe pas de différences spéciales, ce n'est bien souvent que deux aspects différents de la même lésion évoluant sur un point plus ou moins pourvu de vaisseaux artériels.

La syphilis peut donc donner lieu à deux formes d'anatomie pathologique : la forme diffuse et la forme localisée. Dans le premier cas, c'est la paralysie générale, dans le second, la syphilis cérébrale à formes diverses suivant la localisation. La paralysie générale est la syphilis cérébrale diffuse.

En somme, la syphilis produit de la sclérose et des altérations vasculaires d'une façon commune ; le processus anatomo-pathologique de la paralysie générale consiste aussi en des altérations vasculaires qui aboutissent à une variété de sclérose névroglique corticale : ce processus se rencontre dans le tabes.

Quant à la troisième objection tirée de l'étude thérapeutique : le traite-

ment antisyphilitique ne guérit pas la paralysie générale, donc elle n'est pas syphilitique. C'est là un argument qui, d'après Clerc, n'a qu'une modeste valeur, d'abord parce qu'il arrive qu'avec le traitement ioduré, on obtient sinon des guérisons, du moins des rémissions, ensuite parce que les lésions syphilitiques peuvent parfaitement arriver à un point de leur évolution où elles sont incurables, et parce qu'il existe un certain nombre de lésions syphilitiques qui ne sont pas guéries par l'iodure et le mercure.

En résumé, la syphilis se retrouve dans la majorité des antécédents chez les paralytiques généraux. La théorie syphilitique de la paralysie générale peut être proclamée, car, d'après l'auteur, de toutes les objections qui ont été opposées à cette doctrine, aucune n'est de nature à l'invalider.

J. Éraud.

Des erreurs de diagnostic auxquelles donnent lieu dans les services hospitaliers de médecine pure les manifestations encéphaliques de la syphilis héréditaire des adolescents et des adultes, par Léon Bories (Lyon, 16 juillet 1898).

Pourquoi les manifestations encéphaliques de l'hérédo-syphilis observées chez des adolescents et des adultes donnent-elles souvent lieu à des erreurs de diagnostic ? A cela, Bories répond que ces erreurs peuvent tenir à une connaissance souvent insuffisante des lésions que la syphilis héréditaire est susceptible de produire, à la rareté de ces manifestations dans les services hospitaliers de médecine pure, à l'absence d'une symptomatologique propre et à l'absence possible, partielle ou totale, des stigmates susceptibles d'en révéler la spécificité héréditaire.

Et pourtant, il convient d'éviter de pareilles erreurs, car elles peuvent avoir pour le malade des conséquences immédiates ou éloignées trop souvent désastreuses et irréparables. Il est presque toujours possible de les éviter. Quelquefois, souvent même, certains stigmates, par leur importance ou leur netteté, attireront l'attention du praticien qu'ils mettront ainsi d'eux-mêmes sur la voie du diagnostic. Et, en l'absence de pareils stigmates le diagnostic sera encore possible, si l'idée d'hérédo-syphilis est évoquée dans l'esprit du praticien par l'encéphalopathie elle-même, si l'examen du malade n'est qu'un moyen de vérifier l'existence de la diathèse. En d'autres termes, il faudra songer à l'hérédo-syphilis avant d'en rechercher les stigmates. Pour ce, il faut donc diffuser les notions actuellement connues sur ce point de pathologie cérébrale et arriver à les rendre aussi classiques que les manifestations vulgaires de la tuberculose par exemple ; le médecin pourra alors souvent lutter efficacement dans des cas où il ne pouvait que dissimuler son impuissance. J. Éraud.

Contribution à l'étude du diagnostic des paralysies hystérique et de la pseudo-paralysie syphilitique chez l'enfant, par P. Boissel (Toulouse, 4 mars 1898).

Voici une partie des conclusions de cette thèse faite à la Clinique de pædiatrie (Bezy).

Dans le diagnostic de la pseudo-paralysie syphilitique plusieurs cas peuvent se présenter :

L'enfant est objectivement syphilitiquement, selon l'expression de

Comby ; on constate au niveau des lignes juxta-épiphysaires du gonflement, de la crépitation, de la mobilité anormale. L'examen provoque de violentes douleurs. La paralysie est une paralysie flasque ; le membre pend comme disloqué (Parrot) : devant de pareilles constatations, on fait sans hésiter le diagnostic de pseudo-paralysie syphilitique.

L'enfant n'est porteur d'aucun stigmate spécifique, mais la lésion est aussi nette que dans le cas précédent ; le diagnostic différentiel doit être fait avec l'ostéomyélite des nouveau-nés (Gouez).

Les signes d'hérédo-syphilis sont très évidents, mais les symptômes de la lésion osseuse sont peu nets ; il faudra selon les conseils de Broca, insister longtemps sur leur recherche.

Enfin, des cliniciens expérimentés : Blocq, Vicarelli, Comby, Moussous, Bezy, Reuter, Henoch, Segond n'ont pu, chez des jeunes hérédo-syphilitiques porteurs d'une monoplégie ou d'une diplégie flasque, déceler le moindre symptôme de la lésion de Parrot : dans ces cas, on doit admettre une origine névropathique du symptôme paralysie, par exemple, la névrite, de Reuter. CH. AUDRY.

De l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique, par HENRI MASSOL (Toulouse, 26 juillet 1898).

Revue d'ensemble étendue (120 pages) et consciencieuse inspirée par Rispal.

Voici le résumé des conclusions.

1° On a vu coïncider l'hémiplégie spasmodique infantile et la syphilis héréditaire (Sorel, Pic et Piéry, Gaudard, Vandervelde, Franke, Jendrassik et Marie).

2° Il n'y a pas de raison pour que la syphilis soit incapable d'exercer sur la production de l'hémiplégie spasmodique infantile une influence que possèdent assurément les autres maladies infectieuses. D'autre part, la vérole acquise peut créer sur le cerveau des altérations d'origine vasculaires tout à falt comparables à celles qui déterminent le syndrome en question. Au reste, on ignore quelles causes étiologiques peuvent amener la production de tels désordres.

3° La syphilis peut donner naissance à une hémiplégie spasmodique infantile par l'intermédiaire de lésions syphilitiques, de lésions secondaires à la syphilis, de lésions parasyphilitiques.

4° L'origine syphilitique de l'hémiplégie spasmodique infantile est souvent difficile à établir ; peut-être est-elle plus fréquente qu'on ne le croit.

5° Au point de vue de la conservation de la vie, le pronostic n'est grave que pendant la première période. Ultérieurement, elle cause des arrêts de développement tant intellectuel que physique.

6° Le traitement spécifique doit être utilisé dans tous les cas. CH. AUDRY.

VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie.

Les infections blennorrhagiques, par E. GACHON (Montpellier, 30 juillet 1898).

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé, moins de traiter de l'infection

générale blennorrhagique, telle qu'elle a été abordée par Souplet dans sa thèse de 1893 sur la « Blennorrhagie maladie générale », que d'étudier les manifestations à distance de la blennorrhagie, et plus spécialement les inflammations auxquelles elle peut donner lieu sur les articulations, les gaines tendineuses et les bourses séreuses.

Cette étude, basée en grande partie sur les documents déjà publiés, le conduit aux conclusions suivantes :

La blennorrhagie est une maladie générale toxi-infectieuse, qui peut provoquer des inflammations des tissus séreux articulaires et péri-articulaires. Ces inflammations se présentent sous deux formes différentes : sans épanchement, avec épanchement ; dans ce dernier cas, l'exsudat peut être séreux, séro-purulent, et on y constate presque toujours la présence des gonocoques, ceux-ci en constituant la cause principale. A. Brousse.

De la rétention d'urine par paralysie de la vessie au cours de l'uréthrite blennorrhagique, par Charles Coche (Lyon, 7 décembre 1897).

A côté des cas de rétention d'urine survenant dans le cours d'une blennorrhagie par rétrécissement ou obstruction du canal uréthral, on peut en observer d'autres, rares il est vrai, dans lesquels l'urèthre est complètement perméable, où la vessie par contre, ne possède plus sa contractilité normale et c'est la paralysie du muscle vésical qui s'oppose seule à la miction.

Le diagnostic de ces rétentions repose tout entier sur les caractères du cathétérisme et de l'écoulement de l'urine par la sonde. La sonde pénètre dans la vessie sans rencontrer trace d'obstacle sur son passage, et d'autre part, l'urine s'écoule sans force de projection, lentement et comme en bavant. Les symptômes locaux ne diffèrent pas de ceux qu'on rencontre dans toutes les autres rétentions : augmentation de volume du ventre, tumeur plus ou moins médiane, suppression de toute miction. Mais il existe quelques caractères propres à ce genre de rétention. Malgré une distension souvent très prononcée, les malades n'accusent pas de douleurs véritables et le besoin d'uriner ne se fait presque pas sentir.

Ces rétentions sont, de plus, assez capricieuses dans leurs allures : elles peuvent disparaître et survenir à nouveau sans cause appréciable. On a attribué ces rétentions soit à un acte réflexe médullaire d'origine uréthrale, soit à une sorte d'inhibition momentanée sous l'influence du virus blennorrhagique du centre moteur vésical.

L'auteur est conduit par l'interprétation des faits qu'il a observés et l'étude générale des manifestations nerveuses diverses, écloses sous l'influence de traumatismes, à rapporter ces rétentions à un état analogue à l'hystéro-traumatisme, état déterminé par l'affection uréthrale. On peut admettre, d'après Coche, l'existence d'un choc blennorrhagien comme d'un choc traumatique. J. Éraud.

Le rhumatisme blennorrhagique et son traitement, par G. Marsat (Lille, 24 décembre 1897).

Voici les conclusions de l'auteur qui résument son travail.

Le traitement de la blennorrhagie par les grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse peut être considéré comme le traite-

ment de choix des localisations articulaires de l'infection gonococcique. Il doit être employé dans tous les cas de rhumatisme blennorrhagique, sauf s'il existe des contre-indications tirées de l'état local (cystite grave, prostatite, orchite, etc.).

Cette méthode agit non seulement d'une façon très marquée au cours des accidents articulaires qu'elle fait disparaître, mais est en quelque sorte le traitement préventif du rhumatisme blennorrhagique. CHARMEIL.

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique chez les nourrissons, par YORDAN YANTCHULEFF (Lyon, 16 juillet 1898).

Si, il y a quelques années, il était généralement admis que le rhumatisme blennorrhagique n'existait pas chez l'enfant, il semble aujourd'hui que son existence est relativement fréquente, puisque l'auteur a pu recueillir 17 observations publiées en 10 ans. Dans la très grande majorité des cas, ce rhumatisme est mono-articulaire, et de préférence c'est sur le genou gauche qu'il se localise : localisation bien plus fréquente encore chez le nouveau-né que dans la seconde enfance ou chez l'adulte. Ainsi tomberait l'hypothèse qui attribue à la fatigue et au traumatisme éprouvé par le genou dans la marche, la prédilection que la blennorrhagie affecte en général pour cette articulation. Dans la plupart des cas, l'arthrite survient dans les trois premières semaines de la vie, et 15 à 20 jours après le début de l'ophtalmie ou conjonctivite purulente qui peut être presque considérée comme l'unique porte d'entrée de la contagion blennorrhagique dans le premier âge de la vie. Généralement, l'arthrite apparaît au moment où l'écoulement conjonctival est en voie de décroissance ; elle se caractérise par une tuméfaction toujours prononcée, avec hydarthrose fréquente, douleur constante mais d'intensité variable, sans fièvre et sans modification bien nette de l'état général.

Si le gonocoque a été trouvé presque toujours dans l'ophtalmie concomitante, il n'en est pas de même de l'exsudat articulaire où les recherches sont contradictoires : ce qui permet de dire avec Jacquet que la pathogénie des arthrites est complexe. Quoi qu'il en soit, la durée de l'affection est courte, la terminaison se fait toujours par le retour complet de l'articulation à l'état physiologique. L'ankylose, de même que l'atrophie musculaire, si fréquentes chez l'adulte, sont inconnues chez l'enfant. La suppuration est parfois possible.

L'immobilisation de la jointure et la compression ouatée correspondront aux triples conditions du traitement : calmer la douleur, diminuer l'inflammation et hâter la résorption de l'exsudat. J. ERAUD.

Bartholinites.

Des bartholinites et de leur traitement, par LÉON JALABERT (Lyon, 29 janvier 1898).

La bartholinite, maladie fréquente, surtout chez les prostituées, reconnaît le plus souvent la blennorrhagie pour cause. Elle peut se présenter cliniquement sous trois formes : la forme aiguë qui peut se réveiller au moment des règles et après des excès de coït et donner lieu à de la bartholinite suppurée à répétition ; la forme chronique suintante, secondaire ou d'emblée ; la forme kystique. Le pronostic de la bartholinite aiguë ne

présente aucune gravité; les récidives fréquentes, le passage à l'état chronique l'assombrissent néanmoins. La bartholinite kystique n'est pas non plus très grave. Par contre, la bartholinite suintante, le plus souvent rebelle aux divers traitements proposés, est non seulement une affection pénible pour la femme qui en est atteinte, et aggravée par la possibilité de fistules venant souvent en prolonger la durée, mais elle constitue encore un danger pour l'hygiène publique, en ce qu'elle est une source fréquente et difficilement reconnue, de la blennorrhagie chez l'homme. En outre, il faut compter avec les fistules consécutives aux poussées aiguës qui viennent accidenter la marche de la bartholinite suintante, soit les fistules vulvo-vulvaires qui sont les plus fréquentes, soit les fistules vulvo-périnéales, soit encore les fistules vulvo-rectales ou plus rarement les fistules vulvo-vaginales. L'ulcération si fréquente de l'orifice du canal excréteur est une complication qui vient aussi assombrir le pronostic de la bartholinite chronique. C'est pourquoi on a songé à énucléer la glande de Bartholin, mais devant les multiples inconvénients de la méthode sanglante, tels que douleurs, hémorrhagies, longueur de la réparation, cicatrices consécutives, on a préconisé la cautérisation de la glande. Beaucoup de solutions caustiques ont été essayées, teinture d'iode, acide phénique, alcool, chlorure de zinc, etc.; l'auteur donne la préférence aux injections d'alcool salicylé à saturation. Pour ce, l'aiguille de la seringue de Pravaz est plantée par transfixion dans la glande elle-même, ce qui est très simple dans les cas kystiques et un peu moins dans les formes suintantes. On ne fait pénétrer à la fois qu'un centimètre cube ; quelquefois un demi-centimètre cube est suffisant. Il est rare que l'injection doive être renouvelée. L'auteur cite 18 observations à l'appui de cette méthode, au point que les résultats obtenus dans les cas de dilatation kystique ou de suintement persistant, font que ces injections paraissent être désormais le seul traitement à employer.

J. ÉRAUD.

Paraphimosis

Contribution à l'étude du paraphimosis, par H. BRULANT (Lille, 20 décembre 1897).

Thèse consacrée presque exclusivement au traitement du paraphimosis. L'auteur préconise un procédé qu'il a vu employer par le Dr Carlier et qui consiste à faire au-devant de l'anneau constricteur, à un centimètre en arrière de la rainure du gland, une première incision circulaire au bistouri, incision n'entamant que la muqueuse. Une deuxième incision circulaire est faite également au bistouri en arrière de l'anneau constricteur et à une distance variable suivant l'étendue des parties à enlever. Les incisions étant ainsi faites, on enlève aux ciseaux la peau comprise entre elles, puis on suture la lèvre postérieure à la lèvre antérieure au moyen de catguts fins.

CHARMEIL.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 12 janvier 1898.

Syphilis héréditaire tardive.

FREUND présente un garçon de 6 ans, atteint de gommes de la peau des deux jambes. Sur le bord rouge des lèvres, nombreuses cicatrices radiées. En outre, otite moyenne et rhinite purulente, onyxis à un doigt. Les dents et les yeux n'offrent pas de lésions caractéristiques de la syphilis héréditaire. La mère, après la naissance de deux enfants sains, a été infectée par le père en 1888. Ensuite avortement, puis naissance d'un enfant qui mourut à deux mois. L'enfant actuel est venu au monde avec un coryza ; à l'âge de 3 semaines, infiltration rhagadiforme diffuse des lèvres et exanthème papuleux du tronc. Traitement antisyphilitique.

HOCHSINGER regarde les cicatrices des lèvres, comme caractéristiques de la syphilis héréditaire, Pendant l'allaitement, il survint chez cet enfant des infiltrations des lèvres qui donnèrent lieu à des rhagades et à des cicatrices.

KAPOSI a observé des affections semblables de la lèvre dans la syphilis acquise. Il peut exister comme seul symptôme, même pendant des années, des ulcérations, des rhagades de la lèvre supérieure.

HOCHSINGER répond que les cicatrices qu'il a observées sont tout à fait caractéristiques et diffèrent de celles de la syphilis acquise. Dans ce dernier cas les cicatrices ne s'étendent pas sur toute la partie rouge des lèvres jusqu'à la muqueuse ; il n'existe pas non plus d'infiltration diffuse de toute la lèvre.

Urticaire papuleuse.

KAPOSI présente une femme de 45 ans, avec des efflorescences sur le front, le nez et la joue. Nodosités rouge pâle, brillantes, au nombre de 30 à 40 sur l'avant-bras et la face dorsale de la main ; quelques-unes sont en régression et recouvertes d'une croûte mince. Efflorescences analogues sur les genoux. Cette malade est atteinte de cette affection depuis 4 ans ; en raison de sa longue durée on pourrait la désigner sous le nom d'*urticaire persistante.*

Dans un cas analogue il resta, par suite des effets du grattage, des cicatrices qui se transformèrent ensuite en kéloïdes.

Carcinome de la jambe droite.

NEUMANN présente un homme de 60 ans qui a sur la jambe droite plusieurs ulcères à surface réniforme, à bords renversés, infiltrés, durs et à base inégale, mamelonnée. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait bien d'un carcinome.

Lupus papillaire hypertrophique.

Neumann présente une femme en couche, âgée de 23 ans. Sur la face de flexion de la cuisse gauche, tumeur aplatie, de la dimension de la paume de la main, réniforme, à bords arciformes, brun-violet. Cette tumeur a une surface mamelonnée, recouverte d'excroissances papillaires, fendillées et envahie par des croûtes. Cette affection existe depuis sept mois.

Pemphigus circiné.

Kaposi présente un malade de 24 ans, qui porte sur l'abdomen, les lombes, le pénis, le scrotum et les surfaces crurales avoisinantes, des bulles isolées et confluentes, à contenu séreux, les plus grosses avec croûte centrale et bords entourés de petites vésicules. Cette affection existe depuis trois semaines. Actuellement l'éruption a l'aspect d'un pemphigus serpigineux. En quelques points la prolifération du réseau de Malpighi a produit des plaques en forme de pemphigus végétant.

Séance dn 26 janvier 1898.

Hémangioendothéliome tubéreux multiple.

Elschnig présente deux sœurs, âgées l'une de 26 et l'autre de 29 ans, qui portent sur la peau des paupières inférieures de nombreuses néoplasies blanc jaunâtre, aplaties, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. L'examen histologique a montré que ces petites tumeurs consistent en gaines cellulaires encastrées dans le derme normal ; elles contiennent des cellules endothéliales ramifiées ; au centre, particulièrement aux points de croisement des gaines, il y a des cavités kystiques provenant de la dégénérescence des parties cellulaires centrales. Dans les cas actuels les gaines cellulaires comme disposition correspondent aux vaisseaux lymphatiques du derme ; on pourrait donc désigner cette néoplasie sous le nom de lymphendothéliome.

Spiegler a observé trois cas de grosses tumeurs noueuses analogues. Dans un seul cas on a pu démontrer qu'elles provenaient de l'endothélium des vaisseaux ; dans les deux autres le point de départ était obscur.

Schiff demande comment on différenciait ces tumeurs du xanthélasma.

Elschnig répond que ces nodosités se distinguent du xanthélasma par la coloration, la dissémination des tumeurs et les caractères histologiques. Le xanthélasma apparaît en général à l'angle interne de la paupière supérieure.

Kaposi fait remarquer que les cas publiés de lymphangiome tubéreux multiple se rapporteraient à des productions cliniquement très différentes des cas qu'il a décrits qui envahissent tout le corps. Histologiquement, on trouve des gaines cellulaires qui sont regardées par les uns comme des lacunes préformées des vaisseaux, par les autres comme des lacunes secondaires produites par dégénérescence.

Spiegler rappelle que l'endothélium de la conjonctive chez la malade atteinte de xérodermite pigmentaire qu'il a présentée il y a peu de temps, offrait la même structure.

Kreibich a vu dans les carcinomes de la face un état analogue à du

milium, occasionné par la nécrose centrale des nodosités qui ressemblaient aux tumeurs mentionnées ci-dessus.

MATZENAUER a constaté les mêmes caractères histologiques sur une tumeur de la joue, de la grosseur d'une noisette, située entre la muqueuse buccale et la peau. La transformation des endothéliums des vaisseaux sanguins en gaines cellulaires était évidente.

LANG fait remarquer que dans le lupus il se produit aussi des granulations semblables à du milium ; leur contenu consiste en cellules, principalement en cellules géantes,

ULLMANN a observé trois cas analogues. Cette affection paraît atteindre surtout le sexe féminin.

Dermatose chez une hystérique.

NOBL présente une hystérique de 18 ans, atteinte d'une affection de la peau d'un caractère particulier. Sur la face dorsale de la main droite et sur l'avant-bras, nombreuses traînées excoriées parallèles, de 2 à 4 centimètres de longueur sur 1 à 2 de largeur, recouvertes de croûtelles sanguines et de sérum. Le début des poussées, observées par l'orateur depuis 15 jours, s'accompagne d'une vive sensation de brûlure, il survient des taches rouge intense, non saillantes, qui, au bout de quelques heures, prennent un aspect gris blanc semblable à une eschare pour détacher ensuite la couche épithéliale, en général sans préformation antérieure de bulles. Ces symptômes disparaissent en peu de jours, à la place des efflorescences on voit des taches pigmentées et persistantes. Relativement à la pathogénèse de ces lésions on peut se demander, en présence des nombreux signes d'hystérie de cette malade, si dans ce cas on n'a pas affaire à une affection de la peau de nature hystérique, en rapport avec des troubles vaso-moteurs et trophiques ou à une lésion artificielle, comme dans les cas de tendance très caractérisée à la simulation des hystériques. Des recherches faites dans ce sens n'ont pas donné de résultat.

KAPOSI admet, d'après les caractères histologiques, qu'il sagit d'une exsudation séreuse comme dans l'urticaire gangréneuse.

Syringomyélie.

NEUMANN présente deux cas de syringomyélie. L'un concerne une femme de 30 ans. Dans la région génito-crurale, végétations saillantes, de la dimension de la paume de la main, avec de nombreuses crevasses. Ces proliférations se sont développées sur un eczéma consécutif à la macéracération des tissus due à l'incontinence des urines et des matières fécales. Troubles de la sensibilité à la température dans différentes régions. Sur le dos et les épaules, cicatrices de brûlure. Les muscles scapulaires sont atrophiés des deux côtés. Atrophie des muscles interosseux, exagération des reflexes des membres inférieurs ; aux doigts, cicatrices consécutives à des panaris.

Chez l'autre malade, mutilations considérables des mains. Les ongles de plusieurs doigts sont tombés. Quelques doigts ont la forme de baguettes de tambour. Analgésie de la moitié supérieure du corps. Brûlures sur le dos et les épaules qui ont atteint les os.

Lichen ruber plan.

NEUMANN présente un malade de 28 ans, atteint d'une éruption généralisée de lichen ruber plan. Nombreuses papules sur le pénis, tandis que le gland, la paume des mains, la plante des pieds, la tête et la cavité buccale sont indemnes.

Eczéma papuleux artificiel.

NEUMANN présente un homme de 53 ans dont tout le corps,à l'exception du visage, est recouvert de papules. L'éruption est survenue il y a 5 jours ; le malade avait, le jour précédent, passé la nuit dans un work house et avait pris ensuite un bain de vapeur.

Uréthrite.

DEUTSCH présente un malade atteint d'uréthrite et de kyste congénital du prépuce. La pression fait sortir du pus par l'orifice ; un cordon part du kyste dans la direction de l'urèthre.On peut se demander si cette communication était préformée.

L'absence d'infiltration des parties avoisinantes indique qu'il ne s'agit pas d'une simple suppuration para-uréthrale. L'écoulement se fait en dedans et non en dehors.

LANG croit que la communication avec l'urèthre est préformée.

GRÜNFEL pense que le kyste provient d'un conduit para-uréthral consécutif à l'oblitération de l'ouverture externe, l'issue de la sécrétion n'existe que depuis que la blennorrhagie est apparue.

Ichtyose serpentine.

KAPOSI présente un cas d'ichtyose serpentine généralisée. Les plis articulaires et le visage sont aussi atteints. La paupière inférieure est en ectropion par suite de la rétraction. Pas de productions verruqueuses. Pas de cas semblable dans la famille.

Séance du 9 février 1898.

Pemphigus localisé.

KAPOSI présente une malade atteinte d'une éruption bulleuse localisée dans la région inguinale droite ; ce sont des foyers circonscrits, rouge vif. Le toucher est très douloureux, pas d'infiltration apparente. L'affection existe depuis 6 ans, parfois et surtout en été il se forme des croûtes. La cause probable serait une névrite.

NEUMANN observe depuis 3 ans une maladie analogue chez une femme âgée. Dans la région mastoïdienne surviennent passagèrement des vésicules en groupes qui se dessèchent rapidement ; parfois l'épiderme n'est que peu détaché. Peut-être s'agit-il d'un herpès gyratus ou d'un phemphigus.

Gomme de l'épididyme.

EHRMANN présente un malade atteint d'une gomme de l'épididyme. Il y a 2 ans, il fut traité d'une syphilis récente dans le service de Lang. Actuellement il existe dans la tête de l'épididyme du côté droit une tumeur

du volume d'une noisette, à gauche deux tumeurs plus petites. Ces tumeurs ont diminué de moitié sous l'influence de l'iodure de potassium.

Il est rare d'observer des tumeurs aussi circonscrites ; en général on a affaire à des infiltrations diffuses.

Lang a souvent rencontré des maladies syphilitiques de ce genre, il faut les distinguer avec soin des infiltrats qui persistent souvent longtemps après une épididymite.

Neumann n'a vu qu'un cas certain de syphilis de l'épididyme ; souvent ce sont des affections gommeuses, le plus ordinairement avec envahissement simultané du testicule.

Angiomes caverneux multiples de la face.

Ullmann présente une malade de 48 ans, atteinte d'angiomes caverneux multiples de la face. On supposa d'abord qu'il s'agissait de mélanoses métastatiques multiples, mais on ne découvrit pas de foyer primaire et l'examen histologique démontra l'existence d'un angiome. Depuis lors le nombre des angiomes s'est accru, quelques-uns pénètrent jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, certaines tumeurs présentent toutefois plutôt le caractère de ganglions lymphatiques infiltrés, par exemple dans la région zygomatique et la région parotidienne et sous-maxillaire. Un ganglion placé sur le cuir chevelu et un autre localisé au dos, à la cuisse et à la jambe, présentent le caractère des angiomes. Par suite des nombreuses métastases la néoformation a pris un caractère malin ; l'observation ultérieure montrera si l'affection se transforme en une véritable métaplasie des éléments des tumeurs. On peut expliquer la formation des métastases par la prolifération des cellules et leur infiltration en d'autres points. Il est à remarquer que les muqueuses et les organes internes sont restés indemnes jusqu'à présent. Ullmann n'a pas trouvé de cas analogue dans la science.

H. v. Hebra ne croit pas qu'il y ait déjà métaplasie, sinon les tumeurs se seraient développées plus rapidement. Les métastases apparaissent d'abord comme des points rouges qui ne prennent que plus tard une coloration plus foncée.

Ehrmann fait remarquer qu'on observe le même mode de développement dans l'angiokératome des mains et des pieds.

Acné des cachectiques.

Kaposi présente un cas dont le diagnostic est obscur. Chez un malade de 37 ans il existe, sur une surface de l'étendue de la paume de la main, des groupes confluents de papules rouge-brun, de la grosseur d'un pois et plus petites. Au début elles étaient plus saillantes ; elles offraient une certaine résistence, quelques-unes sont recouvertes de croûtes, actuellement elles sont en majeure partie aplaties. Sur l'épaule droite il existe un groupe de papules semblables.

Au début les papules ressemblaient à celles d'une syphilide.

Neumann, en raison de la circonscription et de la localisation anormale des lésions, croirait à un lichen plan.

Séance du 23 février 1898.

Chancre du front.

Brandl présente un malade ayant depuis 8 jours une perte de substance semblable à une sclérose et située dans l'espace intersourcilier. Ce malade a eu, il y a 5 ans, un chancre infectant certain avec exanthème consécutif.

Neumann. — S'il s'agit d'une sclérose, elle remonterait à 5 ou 6 semaines. Les ganglions périauriculaires et sous-maxillaires devraient déjà être engorgés. Ce n'est pas une gomme. Un diagnostic ferme n'est pas possible actuellement.

Kaposi croit que l'infection a eu lieu il y a 4 semaines, mais la sclérose ne s'est développée plus rapidement que dans ces derniers temps.

L'engorgement ganglionnaire peut encore survenir ; il est certain qu'il ne s'agit pas d'une gomme.

On voit de même survenir des efflorescences par suite de morsures d'insectes et ensuite certaines affections zoonotiques se développent sur la face dorsale des mains chez des cochers et des palfreniers.

Lang a observé une sclérose du front.

Neumann pense que si la maladie remonte à 4 semaines les engorgements ganglionnaires devraient déjà exister. Comme Kaposi, il recommande un traitement indifférent.

H. V. Hebra est d'avis que sur le front la sclérose peut se développer plus rapidement qu'au pénis, par conséquent les engorgements ganglionnaires manquent encore.

Chancres syphilitiques de la lèvre inférieure

Rille présente un malade de 26 ans, atteint de deux chancres de la lèvre inférieure datant de 8 jours ; l'infection remonte à 4 semaines. Ces deux ulcérations, situées sur la partie rouge de la lèvre, sont de la dimension d'une lentille. La tuméfaction des ganglions est à peine appréciable en raison de la courte durée de la maladie. Les scléroses sont de faible dimension, tandis que d'ordinaire les chancres syphilitiques extra-génitaux qu'on observe tardivement sont volumineux et accompagnés de tumeurs ganglionnaires considérables. L'orateur a vu en tout 22 cas de chancre syphilitique de la lèvre ; dans tous les cas, la lésion était unique ; il occupait 7 fois la lèvre supérieure ; 14 fois la lèvre inférieure et une fois la commissure buccale.

Gangrène symétrique spontanée de la peau.

Neumann présente un homme de 40 ans atteint de gangrène symétrique des orteils ; toutes les artères perceptibles au toucher sont sinueuses.

Kaposi traite deux cas semblables : chez ces malades il faut admettre une endartérite oblitérante comme cause de l'affection.

Mracek a observé chez un avocat, à la suite d'un violent ébranlement nerveux, un eczéma rebelle. On trouva 8 p. 100 de sucre dans les urines. Une cure de Karlsbad et un régime approprié amenèrent la guérison. Ensuite le malade ne suivit plus un régime strict et il survint sur les

orteils des bulles sanguinolentes, quelques phalanges devinrent gangréneuses et se détachèrent, la gangrène finit par atteindre l'articulation tibio-tarsienne. Un régime sévère et une nouvelle cure à Karlsbad déterminèrent la guérison qui s'est maintenue depuis 5 ans.

Neumann a vu la gangrène du pied consécutive à l'endartérite syphilitique. Il observe actuellement un cas semblable chez un homme de 67 ans, avec dégénérescence graisseuse du cœur; syphilis il y a 25 ans. Le traitement spécifique n'a eu aucun résultat; on a été obligé d'intervenir chirurgicalement.

Urticaire chronique.

Kaposi présente : 1° un malade atteint d'urticaire. Il existe chez lui des taches pigmentaires et des papules rouge-brun, disposées en quelques points en raies et en cercles. La surface dorsale des mains est d'une teinte cyanosée diffuse, avec tache rouge brique de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, elles pâlissent sous la pression du doigt et laissent une pigmentation jaune. Cet état correspondrait à un érythème multiforme. Les taches de pigmentation foncée autorisent à conclure qu'il s'agit d'une affection chronique récidivante. On la désigne sous le nom d'urticaire pigmentaire, en opposition à l'urticaria perstans, dans laquelle les papules persistent longtemps mais ne laissent pas de pigmentation. Cette dernière tient à de petites hémorrhagies ou à la diapédèse des corpuscules du sang.

2° Un malade atteint d'*urticaria perstans* caractérisée par de nombreuses papules très prurigineuses, qui durent longtemps, récidivent, mais ne déterminent pas de pigmentation.

Spiegler a trouvé, dans une papule excisée d'un de ces malades, une infiltration de petites cellules ; les cellules du réseau de Malpighi étaient séparées par suite d'imbibition séreuse.

Récidive de lupus.

Deutsch présente un malade après l'opération d'une récidive de lupus. En février 1896, extirpation du lupus qui occupait toute la joue avec greffe de Thiersch consécutive; ce malade resta jusqu'à il y a un an sans récidive. Le 30 janvier de cette année il entre à l'hôpital. Cicatrice indemne de lupus. Sur le bord, près de la commissure palpébrale, foyer semblable à une bande de 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Sur le front, quelques nodosités lupiques. Excision du foyer, on recouvre la perte de substance avec un lambeau pédiculé pris sur le front. La plaie du front est réunie par des points de suture, sauf une petite partie qu'on recouvre par le procédé de Thiersch.

Pseudo-kéloïde.

Deutsch présente un malade atteint de pseudo-kéloïdes. En avril 1897, brûlure avec de l'acide sulfurique; en août, cicatrisation complète, la cicatrice est saillante au-dessus les parties environnantes, depuis lors elle est encore devenue plus hypertrophiée, sa hauteur dépasse 1 centimètre. Les plaques kéloïdiennes sont très dures. La surface, assez régulièrement brun-rouge, est en quelques points recouverte de croûtelles sanguines.

Injections d'huile grise dans le lupus.

DEUTSCH présente une malade de 20 ans, atteinte d'un lupus du visage, de la nuque et de la main rapidement amélioré par des injections d'huile grise. Sous l'influence d'une médication dirigée contre un lichen syphilitique (11 injections = 55 centim. cubes) le lupus, qui existait depuis l'enfance et qui avait été traité à plusieurs reprises, entra en régression d'une manière frappante.

Lupus hypertrophique de la plante du pied.

DEUTSTH présente encore un cas de lupus papillaire hypertrophique de la plante des pieds avec kératinisation de la peau, qui a été très amélioré par le traitement à l'air chaud, par la méthode de Holländer.

LANG regarde l'action comme une escharification analogue au Paquelin; il ne s'agit pas d'une simple macération comme l'admet Kaposi.

Séance du 9 mars 1898.

Mycosis fongoïde.

H. v. HEBRA présente un malade atteint probablement de mycosis fongoïde à une période précoce. Ce cas appartient aux variétés de cette affection à évolution lente qui ont une période prémycosique. Ce malade est depuis 4 ans en traitement, tantôt avec le diagnostic d'eczéma, tantôt avec celui de mycosis. Sous l'influence de l'arsenic les symptômes se sont un peu améliorés.

NEUMANN remarque que les cinq premiers cas qu'il a vus présentaient la forme d'un eczéma, ou d'une urticaire figurata (toutefois sans prurit).

H. v. HEBRA rappelle le premier cas décrit par Ferdinand v. Hebra, chez lequel on diagnostiqua au début un pityriasis versicolore.

Acne exulcerans et necrotisans.

WILHELM présente un malade de 40 ans, atteint d'acné exulcérée et nécrotique du nez, de l'espace intersourcilier et des joues. Il ne saurait être question de lupus érythémateux, en raison du caractère hypertrophique des cicatrices, ni de lupus vulgaire par suite de l'absence de nodosités caractéristiques.

NEUMANN signale la rareté de cette localisation.

RILLE fait remarquer que l'orateur lui avait amené ce malade ; il fit le diagnostic d'acné exulcérée serpigineuse. Ce cas est le pendant d'une observation communiquée et dessinée dans le mémoire de Kaposi sur les formes exceptionnelles d'acné, dans laquelle l'extrémité seule du nez est atteinte.

Psoriasis.

RILLE présente trois malades atteints de psoriasis vulgaire (punctata et guttata universalis) traités avec des injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Chez l'un d'eux (garçon de 13 ans) l'affection de la peau a disparu sans laisser de reliquats, chez un autre, âgé de 21 ans, en laissant des pigmentations brun pâle, chez le troisième, âge de 25 ans, les efflorescences sont visibles, mais aplaties et pâlies. La durée du traitement a été

la même chez tous, les malades ont chacun reçu 50 injections, chaque jour une seringue de Pravaz de 4 grammes de cacodylate de soude pour 10 centimètres cubes d'eau distillée. Les injections ne sont pas douloureuses, pas de parergies; chez le petit garçon seulement il y eut, après les 37 premières injections, de la céphalalgie, des vertiges, de l'inappétence et des nausées ; depuis qu'on ne lui a plus injecté qu'une demi-seringue par jour, ces symptômes manquent.

Sur 10 autres malades soumis au même traitement, un était guéri après 20 injections ; dans les cas graves, avec plaques orbiculaires semblables à des cartes géographiques, il n'y eut pas d'amélioration. Dans un cas de lichen ruber plan on constata un résultat satisfaisant au bout de 15 injections. Rille donne de plus grandes quantités du sel que ne le faisait Danlos au début, car d'après ses recherches on peut administrer de plus fortes doses des préparations arsenicales usuelles. Rille a aussi expérimenté ce sel sous forme de pilules.

Nobl n'a obtenu aucun résultat dans les cas graves chroniques ; les cas aigus s'améliorent, même sans traitement arsenical.

Rille insiste sur ce fait qu'on ne peut obtenir de résultat que dans les cas aigus ; l'iodure de potassium et l'iodothyrine sont également plus actifs dans les cas aigus.

Neumann remarque que les formes qui sont améliorées par l'arsenic ne guérissent pas spontanément.

Kreibich présente un malade atteint de psoriasis qui, après une seule application d'une pommade au pyrogallol à 10 p. 100, a eu un érythème toxique (sans bains).

H.-V. Hebra dit que la dermatite apparaît plus facilement si la turgescence de la peau est augmentée par les bains.

Neumann signale la même action de la chrysarobine sur les peaux facilement irritables.

Rille signale le pyrogallol oxydé, recommandé par Unna, qui n'a pas de parergies désagréables. L'orateur l'emploie sous forme d'emplâtre à 15 p. 100 dans le psoriasis et le lupus érythémateux, ainsi qu'une traumaticine avec 10 p. 100 de pyrogallol oxydé.

Nobl a vu survenir après l'emploi d'une pommade à 10 p. 100 de pyrogallol oxydé, une dermatite généralisée.

H.-v. Hebra dit que l'acide pyrogallique ainsi que la chrysarobine en pommade sont beaucoup plus irritants que sous toute autre forme.

M. Neumann présente deux malades atteints de psoriasis presque généralisé, nummulaire et discoïde. Le premier a pris 325 tablettes de thyroïdine, l'autre 167 pilules asiatiques. Chez ces deux malades on ne constate plus d'infiltration, toutefois les squames persistent. A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancre.

Chancre syphilitique du col utérin (Der syphilitische Primäraffect on der Vaginalportion des Uterus), par J. Neumann. *Dermatolog. Zeitschrift* 1898, p. 449.

Le chancre syphilitique du col de l'utérus est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admet en général et tout particulièrement les gynécologistes. Chez les prostituées il représente 15 p. 100 des affections syphilitiques primaires.

La forme ulcéreuse du chancre syphilitique du col est le plus souvent localisée sur les deux lèvres, principalement sur la lèvre antérieure, par suite de la fréquence de l'antéflexion de l'utérus.

Le chancre syphilitique du col de l'utérus guérit souvent sans laisser de traces durables, dans beaucoup de cas cependant avec des cicatrices. Des chancres syphilitiques annulaires étendus et profonds peuvent déterminer la sténose de l'orifice avec tous les phénomènes consécutifs occasionnés par son rétrécissement.

L'engorgement des ganglions inguinaux manque lorsque le chancre syphilitique du col existe seul. A. Doyon.

Pronostic de la syphilis.

Contribution à l'étude des syphilis graves, par P. Raymond. *Presse médicale*, 17 septembre 1898, p. 161.

De trois faits qu'il a observés et de ceux qui ont été rapportés dans ces derniers temps, R. conclut qu'en général les syphilis avec adénopathies nulles ou peu développées sont graves et que les syphilis avec adénopathies intenses et généralisées sont bénignes. Il fait remarquer que cette règle présente des exceptions dues à ce que les facteurs de gravité, tels que l'alcoolisme, les associations microbiennes, etc., peuvent intervenir pour modifier le pronostic de la syphilis malgré l'état des ganglions. Le rôle protecteur des ganglions s'exerce par les leucocytes qu'ils renferment et qui servent à la phagocytose. La réaction ganglionnaire est plutôt affaire de terrain que de graine. G. T.

Syphilis de l'appareil digestif.

Un cas de gomme de la langue, par Ripault. *Annales des mal. de l'oreille*, mai 1898.

Une gomme de la base de la langue, se présentant sous forme d'une ulcération profonde plus large qu'une pièce de 2 francs, donnait au malade les sensations suivantes : douleurs violentes s'irradiant à l'oreille gauche, salivation incessante, déglutition très pénible.

La guérison survint en trois semaines par le traitement. F. Furet.

De la dysphagie douloureuse prolongée de l'arrière-gorge comme signe permettant le diagnostic de la syphilis à ses trois périodes, par J. Garel. *Semaine médicale*, 6 juillet 1898, p. 289.

Dans cette leçon, G. insiste sur la valeur diagnostique de la dysphagie douloureuse prolongée dans la syphilis, valeur qu'il avait déjà signalée en 1892. Il pose en fait que tout malade qui souffre de l'arrière-gorge depuis plus de trois semaines sans interruption, doit être considéré comme syphilitique presque dans la totalité des cas ; les seules autres affections qui puissent donner lieu à ce symptôme sont les calculs de l'amygdale, les abcès chroniques enkystés amygdaliens, la tuberculose miliaire aiguë d'Isambert, les tumeurs cancéreuses, c'est-à-dire des affections exceptionnelles. D'autre part, la dysphagie prolongée s'observe dans le chancre de l'amygdale ; elle peut précéder les plaques muqueuses, coïncider avec les pseudo-amygdalites de la syphilis secondaire, avec l'érythème vermillon, etc., et dans les cas où ces lésions sont d'apparence douteuse, elle permet d'en reconnaître la nature ; elle accompagne les lésions tertiaires de la syphilis acquise ou héréditaire. Dans 4 cas, G. a constaté la dysphagie prolongée chez des sujets qui ne présentaient aucune lésion à l'examen de l'arrière-gorge et chez lesquels la rhinoscopie postérieure permet seule de reconnaître des ulcérations du dos du voile du palais ou de la base de la langue. A propos des affections tertiaires douloureuses de l'arrière-gorge, il pose en principe que l'administration de 4 grammes d'iodure de potassium fait cesser complètement la douleur en 48 heures. G. T.

Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Traitement par la sonde de Jaboulay, par Lannois (de Lyon). *Archives de laryngologie*, juillet-août 1897.

L'auteur observa un cas de ce genre chez une femme de 55 ans, qui avait eu la syphilis vers l'âge de 30 ans. Au moment où elle se présenta à la consultation, la dysphagie est telle qu'elle ne peut qu'avec les plus grandes difficultés faire pénétrer un peu de liquide dans l'estomac. Le rétrécissement siégeait à l'union du pharynx et de l'œsophage, à 16 centim. des arcades dentaires.

L'auteur se loue beaucoup de l'emploi de la sonde de Jaboulay, qui lui permit en un mois, d'améliorer considérablement la malade. F. Furet.

La syphilis du foie chez l'adulte, par Gerhardt. *Semaine médicale*, 22 juin 1898, p. 273.

L'alcoolisme semble faciliter la localisation de la syphilis sur le foie, car elle est plus fréquente dans les pays où l'alcoolisme est plus répandu et elle coïncide souvent avec l'atrophie granuleuse du rein ; il faut cependant remarquer que la néoformation syphilitique ne suit pas aussi régulièrement que celle de la cirrhose le trajet des ramifications de la veine porte. Peut-être les traumatismes favorisent-ils son développement. Elle ne débute généralement que de longues années après l'infection syphilitique.

La syphilis hépatique peut revêtir des formes cliniques variées : *a*) gros foie syphilitique, dans lequel le foie dur et légèrement inégal peut atteindre la crête iliaque et l'ombilic, est sensible par moment, la rate est

augmentée de volume ; la nature de cette forme n'est le plus souvent reconnue qu'accidentellement ou par exclusion ; elle affecte quelquefois une très longue durée, ne se développe en général qu'à une époque reculée de l'infection, et est facilement accessible à une thérapeutique active ; *b*) forme pseudo-cancéreuse, qui se traduit par une augmentation de volume de l'organe qui conserve sa forme, mais dont la surface se hérisse d'inégalités indurées, s'accompagne d'augmentation de volume de la rate, et souvent d'ictère foncé, est plus rebelle au traitement que la forme précédente ; *c*) formes atrophiques et hypertrophiques avec atrophie d'une partie de l'organe et hypertrophie compensatrice de ses autres parties, l'atrophie portant généralement sur le lobe gauche, et sur la partie moyenne de l'organe ; il y a le plus souvent peu de troubles fonctionnels et la lésion n'est souvent qu'une trouvaille d'autopsie ; *d*) foie lobé, caractérisé par une forme tout à fait irrégulière, de profondes échancrures, des lobes mobiles, des troubles de la nutrition graves et constants, souvent de l'ascite ; *e*) cirrhose syphilitique, se présentant avec les allures d'une cirrhose ordinaire, ascite, hypertrophie de la rate, souvent hémorrhagies gastro-intestinales, guérit plus facilement que la cirrhose alcoolique ; de sorte que toute cirrhose chez un syphilitique sans étiologie spéciale doit être considérée et traitée comme une cirrhose syphilitique. G. T.

S philis du nez.

Contribution à l'étude de la syphilis nasale, par VACHER. *Société fr. de laryngologie*, mai 1898.

D'après V. la syphilis secondaire affectionne particulièrement le pharynx nasal et les fosses nasales. Il recommande les irrigations rétro-nasales abondantes en même temps que le traitement général. F. FURET.

Un cas de syphilis du nez, par RIPAULT. *Ann. des mal. de l'oreille*, janvier 1897.

R. rapporte l'observation d'un malade de 35 ans, cultivateur, chez qui la syphilis se manifesta avant tout autre symptôme par une tuméfaction de tout le cornet inférieur gauche. Ce n'est que quinze jours après qu'apparut la roséole. L'auteur rattache cette lésion à la syphilis parce que le malade présentait en même temps de la céphalée. D'autre part, en trois semaines, sous l'influence du traitement, le cornet a repris son aspect ordinaire. F. FURET.

Occlusion complète des narines par cicatrices de syphilides tertiaires, par CH. LENHARDT. *Annales des maladies de l'oreille*, avril 1897.

L. rapporte l'observation d'un malade de 45 ans qui, atteint de syphilis nasale tertiaire, fut soumis au traitement spécifique et guérit, mais avec des cicatrices tellement malheureuses que l'obstruction nasale complète, absolue, en fut la conséquence.

Des deux côtés, l'auteur se fraya un chemin au galvano-cautère et tenta de maintenir la perméabilité nasale ainsi obtenue avec des tampons de gaze iodoformée. Le résultat fut favorable du côté gauche. En revanche, du côté droit, les parois se sont continuellement recollées malgré les nombreux procédés essayés par notre confrère pour maintenir leur écartement. F. FURET.

Syphilis du larynx.

Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants, par Arslan, de Padoue. *Archives de laryngol.*, juillet-août 1897.

L'auteur publie six cas chez des enfants âgés respectivement de 3 ans, 10 mois, 2 ans, 7 mois, 2 mois et 18 mois. De ces malades, 5 furent guéris par le traitement mercuriel, un succomba et Arslan put faire son autopsie. Il trouva tout le larynx, depuis la base de l'épiderme jusqu'au cartilage cricoïde, réduit à une fente à paroi irrégulière, tapissée de nombreuses saillies sessiles, de la grosseur d'un grain de millet environ, de couleur rouge pâle, d'aspect condylomateux, les cordes couvertes de ces végétations étaient méconnaissables. Ni ulcérations, ni cicatrices. F. Furet.

Syphilis de l'oreille.

Syphilis de l'oreille, par Hennebert. *Société belge d'otologie*, 18 juillet 1897.

La syphilis atteint exceptionnellement l'oreille, mais elle y est fréquemment méconnue; elle peut frapper les diverses parties de l'oreille, mais c'est dans l'oreille interne qu'elle se localise le plus souvent. L'auteur distingue : la forme lente, la forme brusque apoplectiforme, enfin la labyrinthite spécifique chronique qui offre de grandes analogies avec la sclérose progressive.

L'affection est bilatérale, et, d'ordinaire, la surdité est définitive. F. Furet.

Traitement de la syphilis.

Traitement de la syphilis cutanée tardive (Some practical points in the treatment of late cutaneous syphilis), par Hartzell. *Therapeutic Gazette*, 16 mai 1898, p. 298.

Il n'est pas toujours nécessaire dans les syphilides tuberculeuses de recourir à des doses élevées d'iodure et Hartzell rapporte plusieurs observations où la guérison est survenue très promptement avec des doses de 20 centigrammes par jour. Dans les cas où l'iodure n'est pas supporté par la bouche, Hartzell recommande la voie rectale. W. D.

Nouveau traitement de la syphilis, par Lalande (de Lyon). *Presse médicale*, 12 mars 1898, p. 130.

L'auteur, partant de ce fait que les manifestations de la syphilis portent sur la peau et les muqueuses, a eu l'idée d'expérimenter chez les syphilitiques l'effet de la macération dans une solution de chlorure de sodium d'une matière organique riche en kératine, la corne du veau. Il a employé ce médicament, en injections hypodermiques de un à trois centimètres cubes répétées tous les huit jours, chez 30 malades de sa clientèle ou du service de M. de Beurmann.

Il a toujours obtenu la disparition complète des accidents après un nombre d'injections variant de 10 à 30 au maximum et n'a vu, depuis la cessation du traitement, aucune poussée nouvelle, bien que l'observation de quelques malades se poursuive depuis deux ans. G. T.

NOUVELLES

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, PARIS, 1900.

Le Comité d'organisation du Congrés de Dermatologie poursuit activement les travaux de préparation.

Le règlement définitif du Congrès a été établi ainsi qu'il suit :

Règlement.

Art. 1er. — Le 4e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900.

Art. 2. — Les séances du Congrès auront lieu à l'hôpital St-Louis, de 8 heures du matin à 1 heure de l'après-midi.

Art. 3. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine français et étrangers agréés par le Comité d'organisation, qui auront fait parvenir leur adhésion avant le 1er juin 1900 et auront acquitté les droits de cotisation.

Le montant de la cotisation est fixé à 25 francs (20 marks, 1 livre sterling) et donne droit à un exemplaire des comptes rendus du Congrès.

La carte de membre du Congrès sera remise, contre présentation du reçu de la cotisation, dans les bureaux du Congrès.

Les adhésions doivent être adressées au secrétaire général ou à l'un des secrétaires étrangers.

Art. 4. — Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, du président, des vice présidents et des secrétaires.

Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif du Congrès.

Art. 5. — Les séances du Congrès seront publiques.

Art. 6. — Les membres du Congrès pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière. Ils seront priés de s'exprimer de préférence en allemand, en anglais ou en français. Quand cela sera possible, dans les discussions, les argumentations seront résumées par un des secrétaires dans une ou deux de ces langues. Les communications du Comité d'organisation et du bureau du Congrès seront faites en français et, autant que possible, il en sera donné immédiatement une traduction en allemand et en anglais.

Art. 7. — L'ordre du jour des séances sera arrêté par le Comité d'organisation. Il sera imprimé avant l'ouverture du Congrès et distribué en même temps que les cartes de membres du Congrès.

Art. 8. — Il sera fait dans chaque séance une place importante aux présentations de malades.

Art. 9. — Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres laissées au choix des membres.

Sur chacune des questions proposées par le Comité d'organisation, il sera fait des rapports par des membres du Congrès désignés par le Comité.

Les rapports seront imprimés à l'avance et distribués avant l'ouverture du Congrès:

Les communications sur des sujets autres que ceux qui auront été désignés par le Comité d'organisation devront être annoncées au secrétaire général avant le 1er juin 1900, délai de rigueur.

Elles ne pourront avoir été publiées ou présentées à des Sociétés savantes avant l'ouverture du Congrès.

Les communications peuvent avoir une durée de 15 minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole plus de 10 minutes consécutives. Au bout de ce temps, le président ne pourra leur conserver la parole qu'après avoir consulté l'assemblée.

Il sera mis à la disposition des membres du Congrès qui en auraient besoin pour l'exposé de leurs communications, des microscopes et un appareil à projections.

ART. 10. — Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la fin de la séance.

Les orateurs qui auront pris la parole dans les discussions devront remettre au cours même de la séance le texte de leur argumentation.

ART. 11. — Le Comité d'organisation décidera de l'insertion totale ou partielle des communications dans le compte rendu officiel du Congrès.

Le compte rendu des séances sera publié en français. Les travaux dont les auteurs auront remis le texte en langue allemande ou anglaise seront publiés dans ces langues.

ART. 12. — Il sera annexé au Congrès une exposition scientifique comprenant des moulages et photographies et dessins d'affections cutanées, des préparations anatomiques microscopiques, et bactériologiques.

Par suite d'une entente avec le Comité du XIIIe Congrès international des sciences médicales, qui doit se tenir à Paris, à la même époque, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, la section de dermatologie et de syphiligraphie du Congrès des sciences médicales sera réunie au Congrès de dermatologie.

En conséquence, les membres du Congrès de dermatologie seront considérés comme faisant partie du Congrès des sciences médicales sans avoir besoin de faire acte d'adhésion à ce dernier Congrès.

Les questions mises à l'ordre du jour du Congrès pour être l'objet de rapports sont les suivantes :

Dermatologie.

1° L'origine parasitaire des eczémas.
2° Les tuberculides.
3° Les pelades.
4° Les leucoplasies.

Syphiligraphie et vénéréologie.

1° Syphilis et infections associées.
2° La descendance des hérédo-syphilitiques.
3° Causes des infections généralisées dans la blennorrhagie.

La liste des Rapporteurs et des Secrétaires étrangers sera incessamment publiée.

Les adhésions et toutes les communications relatives au Congrès peuvent être adressées dès maintenant au Secrétaire général, M. le Dr GEORGES THIBIERGE, 7, rue de Surène, Paris.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

L'ECZÉMA EST-IL UNE MALADIE PARASITAIRE ?

(ÉTUDE CRITIQUE)

Par le Dr **Louis Török**,
Docent de l'Université de Budapest.

Dans un travail récent, M. Leredde (1) rejette toute théorie sur la nature de l'eczéma autre que la théorie parasitaire et, pour défendre cette dernière, s'appuie principalement sur les données fournies par les recherches de Unna. Le fait que, en France, où le travail de réforme de l'eczéma a été particulièrement poursuivi, la nature parasitaire de l'eczéma a trouvé un avocat aussi fervent que notre collègue a, selon mon avis, une grande importance. Aussi est-il nécessaire de soumettre à une critique très minutieuse et très attentive les déductions de l'auteur.

Il ne sera pas superflu d'analyser les faits qui ont été avancés jusqu'à présent en faveur de la doctrine parasitaire de l'eczéma et de prouver que les études sont loin d'être arrivées à ce point, qu'on puisse parler de l'eczéma comme d'une maladie parasitaire à des lecteurs qui n'ont pas toujours les moyens de contrôler nos déductions.

M'étant justement livré à des études au sujet de l'eczéma (au sens de Unna), je me crois en mesure de faire cette critique attentive. Réservant la question de l'eczéma séborrhéique (2), je me borne à la critique des faits cités et utilisés par M. Leredde pour établir la nature de l'eczéma en général.

Examinons tout d'abord ce que notre collègue appelle *eczéma aigu*.

Sa description de l'eczéma vésiculeux aigu est celle de l'eczéma banal.

« On observe, dit-il, une rougeur vive, une légère élévation de température locale, mais surtout de la tuméfaction, de l'œdème (période érythémateuse). La peau est tendue, l'œdème est très apparent dans certaines régions.

Dans la peau ainsi altérée, on remarque parfois des petits éléments papuleux éphémères dont l'interprétation est difficile ; ils peuvent

(1) L'eczéma (maladie parasitaire), etc., par le Dr Leredde. *Monographies cliniques, etc.*, n° 7, 1898, Paris, Masson.

(2) Une critique des faits concernant l'eczéma séborrhéique est contenue dans le travail que je vais publier dans l'*Archiv für Dermatologie* sous le titre : Die Seborrhœa corporis Duhring und ihre Beziehungen zur Psoriasis vulgaris und zum Ekzem.

être dus à la vésiculation non encore apparente ; ou bien il s'agit de papules de lichen simple aigu. A la période d'état, les lésions épidermiques deviennent évidentes ; ce sont d'abord des vésicules excessivement fines et parfois nombreuses et presque confluentes. Rapidement elles se rompent, en laissant des érosions de couleur plus rouge que les parties intermédiaires... ; elles (les vésicules) précèdent immédiatement le suintement.... Le liquide est jaune clair et empèse le linge, etc., etc. »

Mais à côté de cet eczéma aigu banal, M. Leredde mentionne (p. 14) des « lésions atténuées, passagères, dont le cadre s'étendrait peut-être singulièrement si l'on pouvait donner au mot eczéma un sens bactériologique ». Et il cite, à côté des vésicules aberrantes qu'on observe en dehors des placards principaux d'eczéma et à côté des vésicules de la gale, « qui sont de l'eczéma au sens bactériologique du mot », certaines lésions vésiculeuses disséminées du cuir chevelu, sans rougeur, sans alopécie qui sont *peut-être*, elles aussi, de l'eczéma. Or, d'après ce qui précède, il se base sur deux ordres de caractères pour ranger certaines lésions dans l'eczéma aigu : 1° la ressemblance clinique avec ce qu'on est habitué d'appeler actuellement eczéma aigu en clinique et 2° la constatation des morocoques dans les altérations anatomiques de la peau. Mais c'est principalement cette deuxième constatation qui est décisive pour qu'il donne à une lésion cutanée le nom d' « eczéma ». Notre collègue est très — comment dirai-je ? — très absolu dans l'expression de son opinion. Pour lui, « la nature parasitaire de l'eczéma aigu a été démontrée par Unna, en particulier ; elle repose actuellement sur des faits établis » (p. 3). Et comme il n'apporte pas le résultat de ses propres investigations pour augmenter le nombre de ces faits établis, il nous faut considérer de plus près les faits fournis par Unna lui-même et que M. Leredde cite comme les preuves de la nature parasitaire de l'eczéma.

Ces faits sont les suivants :

1° *Preuves histologiques.* — « Les vésicules de l'eczéma aigu contiennent en grand nombre des parasites ayant des caractères spéciaux, les morocoques (Unna). »

Il y a lieu tout d'abord de rechercher attentivement ce que Unna appelle eczéma aigu et d'examiner si la lésion dans laquelle Unna a démontré l'existence du morocoque correspond vraiment aux altérations de la peau que M. Leredde regarde comme des eczémas aigus et que nous venons de citer. Il me semble difficile, après cet examen, de considérer comme démontrée la nature parasitaire de l'*eczéma* aigu.

En effet, l'altération cutanée que M. Unna décrit comme constituant l'eczéma aigu diffère *toto cœlo* de celle que M. Leredde appelle

et que nous sommes habitués à appeler *eczéma aigu*. Pour justifier l'opinion que je viens d'émettre, il faut suivre attentivement les développements de M. Unna.

M. Unna distingue deux sortes de vésicules eczémateuses (*Histopathologie der Hautkrankheiten*, 1894, p. 194 et suiv.).

Une « *forme de la vésicule eczémateuse* » est polymorphe et est toujours associée à d'autres lésions eczémateuses de l'épiderme qui se sont développées depuis longtemps déjà. Ces vésicules résultent de l'afflux des leucocytes et du sérum, qui cherchent à gagner la couche cornée — siège du morocoque dans ce cas — mais qui sont retenus dans les couches intermédiaires. En général ces vésicules *ne contiennent pas* de morocoques.

Une *autre forme de la vésicule eczémateuse*, selon Unna, représente seule l'état qu'on peut nommer à juste titre « eczéma vésiculeux (vésiculiforme) aigu » (« akutes bläschenformiges Ekzem »). Unna dit encore, dans une note additionnelle, que cet « eczéma vésiculeux aigu » diffère beaucoup du « soi-disant (!) eczéma aigu de Hebra ». Cette deuxième forme de l'eczéma aigu, le vrai eczéma vésiculeux aigu (eczéma d'inoculation, Impfekzem) selon Unna, a un contenu *impétiginoïde*, qui est cependant d'une coloration plus jaune clair (moins jaune verdâtre) et que Unna a appelé : une goutte purulente sous-cornéale, dans une communication à la Société médicale de Hambourg (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1892, p. 465).

Cette vésicule d'eczéma aigu, que Unna regarde comme la seule véritable lésion eczémateuse vésiculeuse aiguë, est tellement impétiginoïde, qu'elle ne diffère de l'impétigo « staphylogène » que par la présence exclusive du morocoque dans la vésicule et c'est seulement en raison de la présence du morocoque que M. Unna range cette lésion vésiculeuse parmi les eczémas. Si elles ne renferment pas de morocoques, ces vésicules « ne sont nullement caractéristiques de l'état eczémateux de la peau ».

Dans son « *Histopathologie* » il cite (p.197) comme exemple de *son* eczéma vésiculeux aigu (*akutes Bläschenekzem, Impfekzem*), l'observation suivante :

Les trois frère et sœurs (Geschwister) sont tous les trois atteints d'eczéma séborrhéique, squameux, partiellement psoriasiforme. Les deux plus jeunes atteints [en dehors des dites lésions eczémateuses séborrhéiques, Török] d'une éruption impétiginoïde bulleuse au visage et des mains qui diffère de l'impétigo staphylogène vrai par sa couleur plus jaune clair (moins jaune verdâtre) et par son auréole inflammatoire plus large.

Ces bulles ou vésicules impétiginoïdes sont, d'après Unna, des vésicules d'eczéma vésiculeux aigu et elles contiennent le morocoque.

On voit combien est grande la différence entre les lésions de l'eczéma vésiculeux aigu vrai de Unna et les lésions que M. Leredde regarde au point de vue clinique comme des lésions éczémateuses aiguës et qu'on a toujours reconnues comme telles. Elle est tellement considérable cette différence, que, même si on réussissait à démontrer que le morocoque est vraiment un coccus bien individualisé — ce qui pour moi n'est pas encore « chose jugée » et par conséquent n'est pas sans appel — et qu'il est la cause de l'altération impétiginoïde de la peau que Unna appelle eczéma vésiculeux aigu ou eczéma d'inoculation, rien ne serait encore démontré au sujet de l'eczéma aigu de M. Leredde et des autres auteurs du monde entier, car ils n'ont jamais considéré comme méritant le nom d'eczéma aigu ce que *Unna* appelle le seul véritable eczéma aigu vésiculeux.

Unna dit que son véritable eczéma aigu vésiculeux correspond au processus pathologique que Willan a décrit sous le nom d'*impétigo sparsa*. Or, voici la description de l'impétigo sparsa de Willan d'après la traduction allemande du System de Willan par Bateman (traduction allemande par Calman, 1835).

Selon le texte allemand, la seule différence entre l'*impétigo sparsa* et l'*impétigo figurata* consiste en ce que les lésions du premier ne se disposent pas en groupes, mais sont disséminées irrégulièrement sur toute la surface des extrémités, du cou, de la figure et du cuir chevelu. On peut donc appliquer la description de l'impétigo figurata à l'impétigo sparsa, sauf le groupement. Ce sont d'abord des petites *pustules* jaunes, entourées d'une auréole rouge, qui au bout de quelques jours se rompent et laissent écouler pendant quelques jours un liquide ichoreux concrescible. La production du liquide ichoreux continue sous la croûte mince, jaunâtre ou verdâtre. Après trois ou quatre semaines, la croûte se détache, l'excoriation se répare, la peau est rouge, desquame, puis reprend ses caractères normaux. D'après le texte de Bateman, il paraît donc très probable que l'impétigo sparsa de Willan n'est autre chose qu'une forme de l'impétigo vulgaire. Or, si Unna a eu raison d'identifier *son* eczéma aigu à l'impétigo sparsa de Willan, c'est — pour moi — une raison de plus pour nier la nature eczémateuse de l'eczéma aigu de Unna.

Mais il est inutile d'insister sur ce point puisque, même au cas où Unna aurait raison, rien ne serait encore gagné pour la question qui nous occupe, et que la nature eczémateuse de l'eczéma aigu de Unna n'est pas démontrée.

De ce qui précède il suit que, si le *véritable* eczéma aigu vésiculeux de Unna n'est pas un impétigo commun, ce qui cependant nous paraît le plus probable d'après son aspect clinique, il constitue une lésion indépendante, nouvelle, non décrite jusqu'alors et dont l'identité ou la parenté avec les lésions eczémateuses — si elle existe — est

encore à démontrer. Or, si nous avions réussi à constater « en grand nombre des parasites ayant des caractères spéciaux, des morocoques, (Unna) », dans ces vésicules du véritable eczéma vésiculeux aigu de Unna, nous serions toujours loin d'avoir prouvé quelque chose au sujet de la nature parasitaire de l'eczéma aigu banal. Et nous en sommes d'autant plus loin que Unna lui-même admet que l'autre forme de la vésicule eczémateuse, celle qui s'associe à d'autres lésions de nature eczémateuse et qui, à notre avis, est la seule des lésions vésiculeuses décrites par Unna qui mérite la qualification d'eczémateuse, « ne contient pas en général de morocoques », ou contient seulement « après une durée exceptionnellement longue, quelques cocci *solitaires* ».

Mais M. Leredde cite d'autres preuves de la nature parasitaire de l'eczéma.

2° *Preuves bactériologiques.* — La culture du morocoque permet de reproduire par inoculation l'eczéma aigu (Unna). Unna assure avoir réussi à produire des plaques eczémateuses artificielles (Künstliche Ekzemflecke) par l'inoculation du morocoque sur la peau humaine. Mais que sont ces « plaques eczémateuses artificielles » ? Ce sont des vésicules reposant sur une base rouge et qui ont une structure identique à celle du *véritable* eczéma vésiculeux aigu impétiginoïde de Unna (voir *Histopathologie*, p. 199).

Voyons comment a été donnée la preuve de la valeur pathogène du morocoque. Unna a d'abord découvert une lésion vésiculeuse impétiginoïde, qui n'est pas caractéristique de l'eczéma et que les morocoques seuls « par leur présence exclusive dans la vésicule permettent de reconnaître comme une forme de l'eczéma ». Puis il a cultivé ce morocoque en inoculant le contenu de ces lésions vésiculeuses impétiginoïdes. Il l'appelle donc morocoque de l'eczéma.

Enfin il a inoculé le morocoque de *son* eczéma et avec lui a produit sur la peau humaine une lésion impétiginoïde, vésiculeuse, analogue à la lésion dont il est parti, et l'a appelée plaque eczémateuse artificielle ou eczéma d'inoculation.

Donc le morocoque est la cause de l'eczéma parce que Unna l'a constaté dans la vésicule impétiginoïde de son eczéma vésiculeux aigu et parce que son inoculation dans la peau humaine produit une vésicule analogue. Et d'autre part la vésicule impétiginoïde de l'eczéma aigu « véritable » de Unna est une vésicule d'eczéma parce qu'on y trouve exclusivement le morocoque. Est-ce assez clair ?

Il résulte de ce que nous venons de voir que le morocoque de Unna n'a aucune signification en ce qui concerne l'eczéma aigu banal, l'eczéma aigu vraiment *véritable*. Tout au plus pourrait-il être la cause d'une éruption bulleuse impétigineuse. Mais encore cela nécessite-t-il une critique attentive. Que faut-il donc penser des faits invoqués pour démontrer la nature parasitaire de l'eczéma chronique.

3° La nature parasitaire de l'eczéma est démontrée par « l'existence de parasites nombreux, dont les morocoques, dans les squames » (Unna). S'il m'a été très facile de démontrer que le morocoque n'est pas la cause de l'eczéma aigu banal, il s'ensuit que sa présence dans les squames, là où pullulent les saprophytes les plus divers, n'a aucune signification étiologique pour ce qui concerne l'eczéma chronique.

Restent encore les preuves cliniques en faveur de la théorie parasitaire.

4° Selon M. Leredde, « toute fissuration cutanée, toute ouverture de la peau peut être le point de départ d'un eczéma ». Cela peut être, mais l'eczéma se produit aussi souvent et même plus souvent sans fissuration cutanée, et sans ouverture de la peau et souvent les fissurations cutanées et les ouvertures de la peau persistent longtemps sans jamais se transformer en eczéma. On ne peut donc pas invoquer ce fait sans commentaire en faveur de la théorie parasitaire.

5° « L'auto-inoculabilité sous forme d'eczéma aigu ou chronique. » M. Leredde considère comme relevant de l'auto-inoculation la propagation de l'eczéma à la face et au cou lorsqu'il existe sur un autre point du corps (en particulier sur les mains). Cette propagation, dit-il, « fournit aujourd'hui la preuve de l'auto-inoculabilité de la maladie ». Elle prête aussi, croyons-nous, à d'autres explications. D'abord n'est-il pas très curieux que cette propagation se produise si souvent dans l'eczéma des mains, alors que celles-ci sont les sièges de prédilection des dermatites artificielles. En vérité, c'est la dermatite artificielle eczématisée des mains qui se complique volontiers d'eczématisation de la figure, du cou, du pubis et des parties génitales, quelquefois même de toute la surface cutanée; et ce sont les dermatites produites par certaines substances chimiques (l'arnica, le mercure, par exemple), qui se compliquent particulièrement de ces eczématisations éloignées ou étendues (1).

Il y a ici plusieurs explications possibles sur lesquelles je n'insiste pas. Mais au moins on est en droit de dire qu'on ne peut pas « aujourd'hui » baser sur ce fait la théorie parasitaire.

Telles sont les bases sur lesquelles repose la théorie parasitaire de l'eczéma. Je crois avoir démontré plus haut qu'aucun de ces faits n'est établi.

M. Leredde donc a été trop catégorique en déclarant que toutes les formes de l'eczéma « sont d'origine parasitaire externe ».

Notre collègue accepte cependant presque sans critique les résultats de M. Unna; mais comme pour lui, — et j'estime qu'il en est ainsi pour la plupart des dermatologistes, — le groupe de l'eczéma se compose surtout de maladies à lésions eczémateuses banales, et

(1) Cela a été dit et répété je ne sais combien de fois par Hebra et Kaposi.

comme il comprend en clinique, sous le nom d'eczéma aigu, des processus pathologiques à lésions eczémateuses banales, il ne tarde pas à oublier la signification de l'eczéma aigu de Unna, et en effet il ne parle plus d'autre chose que de l'eczéma banal (1). Aussi se demande-t-il (p. 10 et 11) comment des facteurs si différents peuvent produire des *lésions identiques* et recherche-t-il quels caractères permettront de séparer les eczémas suivant leur origine, lorsqu'on en ignorera l'étiologie. On voit donc que M. Leredde ne fait aucune distinction entre les diverses lésions eczémateuses que décrit Unna. Telle est la raison pour laquelle il n'hésite pas à affirmer que « la nature parasitaire de l'eczéma aigu a été démontrée par Unna », alors que Unna n'a fait cette « démonstration » que pour des lésions impétiginoïdes qu'il considère lui-même comme n'étant pas caractéristiques de l'eczéma.

Nous ne pouvons admettre avec notre collègue que : « la multiplicité des causes, l'identité des effets impliquent la nature parasitaire de l'eczéma » (p. 11). Ces arguments sont en contradiction avec les faits quotidiens de la pratique dermatologique et, pour ne citer qu'un seul exemple, ont été mis en relief d'une manière vraiment parfaite par M. Besnier en ce qui concerne la pathogénie des érythèmes. Les causes les plus diverses produisent des lésions analogues ou identiques de la peau pourvu qu'elles rencontrent des aptitudes morbides analogues ou identiques. M. Leredde remplace cette aptitude morbide par le parasite, et toutes les causes qui peuvent produire l'eczéma ne font pas autre chose que préparer le terrain à ce parasite. Si cependant on étudie les faits cliniques à la lumière des données qui ont été fournies par les travaux de Besnier, Brocq et Jacquet, on arrive comme je l'ai écrit précédemment (2) à la conception suivante : l'eczématisation, c'est-à-dire l'altération anatomo-pathologique de l'eczéma, est une réaction banale de la peau *normale*. Chaque peau est donc capable de subir l'eczématisation. Cette réaction de la peau est due pour ainsi dire à un mécanisme inné de la peau, ainsi que l'urticaire, l'érythème, etc. Il y a donc toute une série d'altérations pathologiques de la peau qui ont cette signification et les mêmes causes peuvent produire, suivant leur intensité, un simple érythème, une urticaire ou l'eczématisation. Et les causes les plus différentes peuvent produire également un érythème, une urticaire, l'eczé-

(1) Il est facile de comprendre d'ailleurs comment l'auteur applique aux données de la clinique les résultats des recherches de Unna, si on se rappelle toujours que M. Leredde accepte les opinions de Unna sans en faire la critique ; aussi ne lui reste-t-il entre les mains que le mot : eczéma aigu, qu'il prend dans un sens, alors que cette dénomination a un tout autre sens pour Unna.

(2) L. Török. Quelques remarques sur la signification des lésions « eczémateuses » et sur les réactions générales de la peau. *Annales de dermatologie*, 1896, p. 1397.

matisation aussi longtemps que leur concentration ou le degré de leur virulence ne sont pas suffisamment élevés pour produire un changement pathologique *spécifique*, c'est-à-dire caractéristique de la cause, par exemple une nécrose spéciale, une atrophie.

Ces *réactions générales* de la peau normale se produisent donc sous l'action des agents les plus divers de nature physique et chimique, c'est-à-dire de traumatismes au sens le plus étendu du mot.

A l'état pathologique ces réactions générales se produisent plus facilement et il faut alors, outre la facilité avec laquelle la peau présente des réactions générales sous l'action irritante de différents agents assez dilués, distinguer encore les causes provocatrices et les causes prédisposantes.

Pour l'eczéma il se peut que le concours de ces différents facteurs produise différents types de maladies à lésions uniformes banales, comme cela est arrivé par exemple pour les maladies à symptômes érythémato-bulleux. Il est même très probable qu'on pourra trouver des différences entre les eczémas dus à des causes provocatrices externes et internes. Mais dans cette conception il n'y a pas de signe *objectif*, c'est-à-dire anatomo-pathologique « qui permette de séparer les eczémas de cause externe, des eczémas d'origine nerveuse, des eczémas d'origine diathésique » (Leredde).

Les altérations anatomo-pathologiques de la peau sont les mêmes, qu'il s'agisse d'une dermatite artificielle à lésions eczémateuses, ou de tout autre eczéma à lésions eczémateuses banales. C'est donc par la marche, par tous les signes que fournit la clinique et l'anamnèse de la *maladie* et non par *les lésions de la peau* qu'il faut chercher à différencier *les types à lésions eczémateuses banales* contenus dans le groupe de l'eczéma.



Aux réflexions qui précèdent je ne veux ajouter que quelques mots au sujet de la dénomination d'eczéma séborrhéique et de la transmissibilité de cette affection qui, selon M. Leredde, paraît avoir été établie par Perrin « dans des conditions d'observation tout à fait précises ».

M. Leredde dit (p. 2), que : « En 1887, Unna établit l'existence d'une dermatose qn'il caractérisa histologiquement par l'état inflammatoire du derme et des glandes sudoripares. Fidèle à la définition *anatomique* de l'eczéma, telle que la donnaient Hebra, Auspitz et Kaposi, *il fit de cette dermatose un eczéma, l'eczéma séborrhéique.* »

Quelques lignes plus loin nous lisons :

« Les formes dermatologiques comprises par Unna sous ce nom (l'eczéma séborrhéique) avaient été observées de longue date... Unna

en 1887 constate dans toutes les formes de la séborrhée de Hebra et les formes décrites par E. Besnier, Duhring, un état inflammatoire du derme et de l'épiderme, et par suite les classe dans l'eczéma (au sens d'Auspitz). »

Il faut savoir qu'en 1887 l'eczéma séborrhéique ne comprenait presque que des formes sèches. Unna y réunit certaines formes squameuses d'eczéma chronique, le pityriasis capitis et corporis, l'alopécie pityroïde, la séborrhée sèche du cuir chevelu, la seborrhœa corporis Duhring, quelques formes du psoriasis; on y rencontre seulement, à titre exceptionnel, certaines formes d'eczéma humide *sans vésicules* chez des *enfants*. En effet, Unna ne prétendait, en 1887, réformer que l'eczéma chronique sec.

Voici, par comparaison, ce que dit Auspitz à l'égard de l'eczéma (*System der Hautkrankheiten*, 1887, p. 49) :

« Un état inflammatoire de la peau, qui n'aboutit pas à une véritable exsudation séreuse, ne doit pas être rangé dans l'espèce *eczéma*, mais parmi les *érythèmes*, et la remarque que fait Kaposi, qu'il y a des eczémas ne se traduisant que par de la rougeur et tout au plus par les formations de papules et de squames, sans aboutir à la formation de vésicules, est fausse en ce que des cas de ce genre ne peuvent nullement être considérés comme des eczémas mais comme des *érythèmes*. »

On voit d'après ce passage du livre de Auspitz que Unna, s'il était vraiment fidèle à la définition *anatomique* de *Auspitz*, ne pouvait pas faire un eczéma de *sa* dermatose *de 1887*.

Quant à Hebra et à Kaposi, leur définition de l'eczéma est plutôt une définition clinique. Les signes anatomiques qu'ils donnent sont insuffisants. Ainsi Kaposi dit (*Pathologie et traitement des maladies de la peau*. Seconde édition française, tome I, p. 653) :

« Anatomiquement, l'eczéma présente toutes les formes et tous les degrés de l'inflammation avec une exsudation séreuse prédominante, et je n'ai pas besoin d'examiner ici en détail de quelle façon les papules et les vésicules de l'eczéma se reconnaissent sous le microscope, puisque les modifications intimes, qui existent dans l'épiderme, les papilles et le chorion, sont complètement et absolument les mêmes dans l'eczéma que dans l'érythème papuleux et dans l'herpès. »

Au chapitre de l'eczéma chronique, Kaposi donne encore la description de lésions « qui se manifestent au point de vue clinique par une pigmentation plus foncée avec épaississement de l'épiderme et du chorion et par une profondeur plus marquée des sillons anormaux de la peau », c'est-à-dire de la lichénisation qui n'a rien à faire avec la question qui nous occupe actuellement.

Or, d'après ce que dit Kaposi, on ne pourrait pas, en s'appuyant uniquement sur les signes anatomiques, décider si, dans un cas donné,

un processus humide, vésiculeux,devait être rangé parmi les eczémas ou parmi les érythèmes.

En réalité, en 1887, Unna n'avait aucune base anatomique pour ranger sa dermatose parmi les eczémas. C'est en s'appuyant sur certains faits cliniques, particulièrement sur le fait qu'il rangeait certaines formes des eczémas chroniques dans le nouveau cadre, qu'il était arrivé à donner le *nom* d'eczéma à *sa* dermatose.

Quant aux observations de M. Perrin qui semblent prouver la contagiosité de l'eczéma séborrhéique, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que le diagnostic repose uniquement sur les données cliniques ; en raison du siège des lésions aux régions inguinales, l'absence d'examen microscopique laisse subsister quelque doute au sujet de la possibilité d'affections parasitaires, telles que l'érythrasma, le pityriasis versicolore et surtout la trichophytie. Malgré la notoriété de leur auteur, on ne peut donc dire que ces faits ont été étudiés « dans des conditions d'observation tout à fait précises ».

* * *

Des considérations qui précèdent, je tirerai les *conclusions* suivantes :

1. En matière d'eczéma, il faut, pour éviter des confusions, prendre toujours les dénominations dans le sens où en ont fait usage les auteurs cités. On ne peut pas substituer à l'eczéma de n'importe quel auteur, l'eczéma de tel autre auteur, attendu que cette dénomination a servi d'étiquette à différents états pathologiques.

2. La lésion impétiginoïde que Unna appelle le véritable eczéma vésiculeux ou eczèma d'inoculation n'est pas une lésion eczémateuse, mais plutôt une lésion de l'ordre de l'impétigo.

3. Par conséquent, si on réussissait à démontrer que le morocoque qui est, selon Unna, la cause de l'eczéma, est vraiment un coccus bien individualisé (ce qui n'a pas encore été fait) et qu'il est la cause de la susdite lésion impétiginoïde, on n'aurait pas encore prouvé qu'il est la cause de l'eczéma vésiculeux banal. Et cela d'autant moins que les vésicules de l'eczéma banal ne contiennent pas ou ne contiennent qu'exceptionnellement quelques rares morocoques La présence du morocoque dans une vésicule ne peut donc nullement prouver que celle-ci est une lésion eczémateuse.

4. La présence du morocoque dans les squames de l'eczéma chronique ne prouve que son rôle *saprophytaire*, et nullement son rôle parasitaire.

5. Les faits cliniques invoqués en faveur de la théorie parasitaire se prêtent aussi à d'autres interprétations.

6. Il n'y a donc, jusqu'ici, pas un seul fait *établi* en faveur de la nature parasitaire de l'eczéma.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE LA PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE OU MALADIE DE PARROT

Par le Dr **Moncorvo**,
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

La fréquence considérable de la syphilis congénitale à Rio-de-Janeiro m'a conduit à étudier avec un soin particulier les cas de cette affection apportés à mon service.

Au cours de ma longue observation je me suis trouvé ainsi à même d'examiner dans tous leurs détails les manifestations les plus variées du mal, de même que les lésions des tissus et des organes qu'il entraîne.

C'est ainsi que j'ai pu observer un grand nombre de cas de la dystrophie osseuse que Parrot a fait connaître sous le nom de pseudo-syphilitique.

J'incline à croire que cette affection osseuse, bien que moins commune que plusieurs autres lésions de la vérole congénitale, se montre cependant avec une fréquence plus considérable qu'on n'aurait cru jusqu'ici. Comme il s'agit d'une lésion survenue chez des nouveau-nés, je ne doute guère qu'elle puisse souvent échapper à l'attention de la mère et même du médecin.

J'ai eu l'occasion d'en observer des exemples des plus frappants dans mon service, et, en 1892, je consacrai une leçon à l'analyse détaillée de trois cas de pseudo-paralysie syphilitique dont je relatai l'histoire (1).

En 1895, dans une leçon consacrée à ce même sujet (2), je rapportai cinq nouveaux faits de cette nature.

En poursuivant mes recherches dans cette voie, je parvins à en recueillir neuf autres exemples dont l'intérêt m'engage à en relater l'histoire plus ou moins détaillée.

Obs. I. — *Hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie affectant le bras gauche par décollement de l'épiphyse supérieure du radius. Malaria. Rétablissement de la motilité.* — J..., âgée de trois mois, fut présentée dans mon service le 20 mai 1895. Sa mère, d'une bonne santé apparente, aurait eu deux avortements et huit

(1) Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot à propos de trois cas terminés par la guérison. *Gazette heddomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, janvier 1892.

(2) Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot à propos de cinq nouveaux cas de guérison. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1896.

enfants dont cinq sont morts. Aucun renseignement obtenu du côté du père ; c'est avec peine que j'appris de sa femme qu'il se plaignait souvent de céphalée et de douleurs dans les jointures.

Pendant sa dernière grossesse la mère n'eut aucun accident, l'enfant est né à terme à la suite d'un accouchement normal.

Cette fillette paraissait jouir d'une bonne santé jusqu'il y a deux mois; elle commença alors à pousser des cris aussitôt que l'on imprimait le moindre mouvement à son bras gauche, ce membre restant d'ailleurs absolument inerte et flasque le long du tronc. Son poids était de 2,203 grammes. Dans ces derniers jours elle a eu des selles diarrhéiques. Chairs flasques, pâleur, alopécie. Sur les jambes et la région sacro-lombaire des papules larges. Le nez a une teinte jambonnée. Les ganglions sous-occipitaux, cervicaux, sus-épithochléens et inguinaux sont tuméfiés.

A l'examen je constatai que l'enfant agitait librement ses jambes de même que son bras droit, tandis qu'elle était absolument incapable de remuer le bras gauche. Si on excitait la peau de la main, c'était à peine si on voyait quelques mouvements des doigts, les autres segments du membre gardant la plus complète immobilité. Le plus léger attouchement ou le moindre mouvement communiqué à ce membre éveillait des signes marqués de la plus vive souffrance.

En recherchant le siège de cette sensibilité anormale, il m'a été facile de déterminer qu'il occupait l'extrémité supérieure de l'avant-bras, exactement au niveau de l'union de l'épiphyse supérieure du radius avec la diaphyse, point où il y avait un bourrelet œdémateux. La diaphyse présentait une mobilité anormale et on percevait de la crépitation en frottant l'un contre l'autre les deux fragments de l'os. Si on soulevait ce membre il retombait de suite à côté du corps comme un battant de cloche. Cependant les muscles respectifs réagissaient bien tant aux courants galvaniques que faradiques.

L'enfant avait de plus des nuits mauvaises, la langue chargée, des selles séreuses, le foie quelque peu engorgé, le ventre ballonné, sa température rectale était de 38°.

Outre un traitement approprié contre la malaria, je prescrivis des frictions avec l'onguent napolitain.

Le 24 mai. T. R. 37°,4. Diarrhée amendée ; ventre plus flasque. L'œdème péri-épiphysaire a diminué et la sensibilité douloureuse était beaucoup moins accusée. Julep au salol, continuation du traitement antérieur.

Le 29. Les mouvements du bras gauche commencent déjà à se rétablir. L'administration de la quinine ayant été interrompue, la fièvre avait augmenté. (Je fais reprendre la quinine tout en poursuivant les onctions hydrargyriques.)

Le 3 juin. L'enfant peut exécuter des mouvements avec son bras gauche, l'épiphyse du radius s'est recollée. Température, 38°,8.

L'efflorescence cutanée est éteinte. Poids : 4,330 grammes.

Le 12. La motilité du bras gauche est entièrement rétablie. Plus de symptômes palustres. Les onctions mercurielles sont continuées.

Obs. II. — *Syphilis héréditaire. Pseudo-paralysie du bras droit par décollement de l'épiphyse inférieure du radius. Guérison de celle-ci.* — R..., âgé de

deux mois, me fut amené le 25 juillet 1895. Il me fut impossible d'obtenir des renseignements du côté paternel. La mère, bien que d'une constitution délicate, me déclara qu'elle n'avait jamais eu d'éruptions cutanées, mais que, aussitôt mariée, elle aurait éprouvé des troubles utérins fréquents.

La naissance de l'enfant fut pénible, et a réclamé l'application du forceps. Cependant il est venu au monde dans de bonnes conditions de santé générale. La tête était alors dépourvue de cheveux, et un mois après on constata l'apparition d'un coryza qui persistait encore au moment de son admission.

L'enfant est encore nourri par sa mère. Au début du deuxième mois, il fut atteint d'une fièvre palustre.

J'appris de sa mère que, deux mois avant sa présentation, elle avait remarqué que son enfant poussait des cris perçants dès qu'on imprimait le moindre mouvement à son bras droit, qui restait complètement inerte le long du corps, tandis qu'il agitait librement et largement ses autres membres.

Elle s'empressa donc de le présenter à un médecin de son voisinage qui lui conseilla de tenir le bras en question maintenu à l'aide d'un mouchoir attaché à la partie postérieure du cou.

Quelques jours plus tard, aucune amélioration ne s'étant manifestée, elle s'adressa à un autre praticien qui appliqua au membre atteint un appareil d'immobilisation et, comme celui-ci échoua également, elle se décida à me l'amener.

L'enfant, qui n'offrait pas de trouble apparent de sa nutrition générale, présentait de l'alopécie, du coryza, le nez avait une teinte jambonnée, les ganglions sous-occipitaux étaient tuméfiés, la surface cutanée était cependant tout à fait indemne.

L'enfant remuait largement tous ses membres, à l'exception du bras droit qui restait flasque et absolument immobile et retombait le long du thorax dès qu'on l'abandonnait après l'avoir soulevé. Les moindres mouvements communiqués à ce dernier lui arrachaient des cris. De même en excitant la paume de la main, c'était à peine si les doigts exécutaient des mouvements, les autres segments du bras ne remuant guère.

En examinant avec soin les différentes parties de ce membre, on apercevait de l'œdème autour de l'épiphyse inférieure du radius qui était doué d'une mobilité anormale et était le siège d'une extrême sensibilité au moindre attouchement. D'ailleurs le frottement des deux fragments osseux donnait la sensation de crépitation. La peau ne présentait pas la moindre modification de sa couleur ni de sa température. Les muscles n'y étaient nullement atrophiés et répondaient assez bien aux excitations galvaniques et faradiques.

L'enfant pesait 7 kilog.; je le soumis de suite à l'usage des frictions mercurielles.

Le 26 juillet. L'enfant ayant été pris d'un accès de fièvre, je lui ai prescrit aussi de la quinine.

Le 29. T. R. 40°. La rate est tuméfiée. Selles grumeleuses. L'enfant commence à remuer quelque peu le membre affecté. (Quinine et antipyrine sans interrompre les onctions hydrargyriques.)

Le 30. Température normale. Le coryza persiste, mais la teinte jambonnée du nez a presque disparu. Le petit malade a également recouvré la motilité du bras droit; la douleur, l'œdème et la crépitation ont disparu.

Le 31. Le poids de l'enfant a augmenté de 300 grammes depuis son admission à la clinique.

La fièvre n'avait plus reparu et les fonctions digestives s'opèrent régulièrement.

Je conseillai cependant à la mère de poursuivre longtemps encore la pratique des onctions hydrargyriques.

Obs. III. — *Syphilis héréditaire. Cachexie. Pseudo-paralysie du bras droit par décollement de l'épiphyse supérieure du radius. Guérison de cette dernière.* — Il s'agissait dans ce cas d'un garçon âgé de deux mois qui me fut amené le 14 août 1895. Sa mère s'était mariée deux fois. Son premier mari aurait eu avant son mariage un chancre huntérien suivi d'accidents secondaires ainsi que des manifestations tertiaires après son union. De ce mariage elle eut trois fausses couches et six enfants qui succombèrent en bas âge. Du deuxième mariage naquirent trois enfants nés à terme, dont le petit malade était le dernier.

La mère, interrogée sur les antécédents de son second mari, m'a déclaré qu'il se portait toujours à peu près régulièrement et qu'il n'aurait jamais présenté d'accidents vénériens. De son côté, douée d'une organisation délicate, elle ne se rappelait d'avoir jamais éprouvé la moindre manifestation vénérienne.

Le petit sujet en question était peu développé au moment de sa naissance ; sa peau était alors sèche dans toute son étendue et en état de desquamation.

Il avait également le facies sénile, un coryza notable et une conjonctivite double.

Trois jours avant son admission il aurait été pris de fièvre à type irrégulier, accompagnée de selles diarrhéiques. Mais ce qui préoccupait tout particulièrement sa mère c'était la souffrance extrême qu'éprouvait son bébé dès qu'on communiquait le moindre mouvement à son bras droit, lequel demeurait d'ailleurs absolument inerte le long du corps.

A mon examen je constatai de prime abord l'existence d'une cachexie ainsi que les signes de la syphilis congénitale : sécheresse avec desquamation de la peau, alopécie, coryza, conjonctivite double, rhagades aux commissures labiales, tuméfaction des ganglions périphériques, etc. Les mouvements des deux jambes étaient libres ainsi que ceux du bras gauche, tandis que le bras droit ne bougeait guère et pendait comme un battant de cloche; si, après l'avoir soulevé, on l'abandonnait, il retombait inerte en même temps que le petit malade poussait des cris perçants. En pinçant la peau de la main, pour provoquer des mouvements de ce membre, on voyait à peine les doigts se fléchir quelque peu.

En recherchant le siège précis de la douleur éprouvée par l'enfant au plus léger attouchement de l'avant-bras, je parvins aisément à trouver qu'elle siégeait au-dessous du coude où on constatait un bourrelet œdémateux, bien que la peau n'y présentât aucune modification de sa coloration ni de sa température.

En poursuivant mon examen je constatai une mobilité anormale de l'épiphyse supérieure du radius ; on percevait de la crépitation en la frottant contre l'extrémité correspondante de la diaphyse, ce qui simulait de prime abord l'existence d'une fracture.

Les jointures du membre en question n'offraient de leur côté rien d'anormal. Enfin les muscles respectifs n'étaient nullement atrophiés de même qu'ils réagissaient normalement aux courants électriques.

Outre les médicaments contre les manifestations malariennes, j'ordonnai des onctions avec l'onguent napolitain.

Le 19 août. Les lésions cutanées sont notablement amendées. L'enfant remue déjà mieux son membre thoracique droit et peut faire des mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras. Les mouvements communiqués à ce dernier n'éveillent presque plus de souffrance, la continuité du levier osseux atteint paraît rétablie. On n'y perçoit plus de crépitation ni de mobilité épiphysaire.

La température rectale est de 38°,8, ce qui semble tenir à l'administration irrégulière de la quinine. Je prescris d'insister sur les frictions mercurielles.

Le 23. Retour presque complet de la motilité du bras. La fièvre assez modérée.

Le 26. La fièvre persiste avec tuméfaction du foie et de la rate. Le bras droit a repris tous ses mouvements normaux qui sont d'ailleurs absolument indolents.

J'ajoute aux moyens précédents l'emploi de l'antipyrine.

Le 30. Température rectale 39°,2. Symptômes de broncho-pneumonie grave.

Le 6 août, le petit malade succombe, malgré l'énergie de la médication dirigée contre le processus broncho-pulmonaire.

Obs. IV. — *Hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie par décollement de l'épiphyse supérieure du radius droit. Malaria.* — G..., deux mois, métis, examiné le 14 août 1895.

Sa mère contracta deux mariages. Du premier elle eut trois mort-nés et 3 enfants à terme qui ont succombé. De son second mariage elle a eu trois autres enfants. Ses deux maris avaient présenté des signes très avérés de syphilis acquise.

L'enfant était maigre, décoloré, sa peau sèche, parcheminée et en état de desquamation. Sa tête était dégarnie de cheveux, en même temps qu'il y avait du coryza datant des premiers jours de l'existence, des rhagades aux commissures labiales, la peau du nez avait une teinte jambonnée. Le ganglions périphériques étaient tuméfiés.

Depuis deux jours la mère avait remarqué qu'il donne des signes de vive souffrance dès qu'on fait mouvoir son bras droit, lequel demeure du reste tout à fait inerte à côté du tronc. En pinçant la peau de la main droite on éveillait à peine quelques légers mouvements des doigts, les autres parties du membre ne bougeant guère. Le moindre attouchement arrache des pleurs à l'enfant, notamment lorsqu'on presse l'extrémité supérieure du radius dont l'épiphyse est décollée et laisse percevoir de la crépitation quand on la frotte contre l'extrémité de la diaphyse. Les muscles ne sont pas plus maigres que ceux du côté opposé et répondent normalement aux excitations électriques.

Il faut en outre signaler des accès de fièvre accompagnés de diarrhée. On prescrit des onctions hydrargyriques et un traitement approprié contre la malaria.

Une semaine plus tard la sensibilité douloureuse a presque entièrement disparu au membre affecté ; et au bout de vingt jours le petit sujet a repris tous les mouvements et les manifestations externes de la variole ont subi un amendement marqué. On continue cependant le traitement spécifique.

Obs. V. — *Hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie affectant les deux bras. Malaria.* — Le 24 septembre 1896, on m'amène à mon cabinet de consultation un nourrisson de 3 mois, dont le père aurait été atteint, avant son mariage, d'accidents véroleux. Sa mère, d'une constitution délicate, est pourtant à peu près bien portante. Elle a eu trois autres enfants qui ont succombé en bas âge.

Le premier, enlevé à l'âge de six mois, par un catarrhe suffoquant, aurait été pris, deux jours avant sa mort, d'une paralysie (?) du bras droit. Le deuxième aurait succombé, vers le quatrième mois, à une hernie étranglée. Le troisième a succombé, 26 jours après la naissance, aux suites d'un *spina-bifida.* Le quatrième enfin serait venu au monde vers le septième mois de la vie fœtale, expirant quelques heures après.

La mère me déclara au surplus qu'elle n'avait éprouvé aucun accident au cours de sa dernière grossesse, et que son accouchement s'était effectué régulièrement.

L'enfant est maigrelet, mal développé, bien qu'il soit exclusivement élevé au sein par sa mère.

Douze jours avant sa présentation, celle-ci aurait été étonnée de l'entendre pousser des cris à propos de tout mouvement communiqué à son corps. L'ayant déshabillé pour vérifier la cause de ces cris, elle ne tarda pas à reconnaître que cette cause siégeait au bras droit, lequel pendait flasque et inerte le long du corps.

Le matin même de ce premier examen elle remarqua que son enfant avait cessé de remuer son bras gauche, lequel était aussi devenu fort sensible au moindre mouvement qu'on lui imprimait.

L'enfant a depuis quelques jours de la fièvre accompagnée de soif vive, d'état saburral, de ballonnement du ventre, de gonflement du foie et de la rate, d'agitation nocturne, la température rectale est au moment de la consultation de 39°. L'enfant a une musculature assez grêle, la peau sèche, lisse. La tête est dégarnie de cheveux, le nez offre une teinte jambonnée, il y a du coryza datant des premiers jours, de l'existence et les ganglions périphériques sont tuméfiés.

Il exécute des mouvements étendus avec ses deux membres inférieurs, tandis que les supérieurs ne bougent pas. Toute tentative pour provoquer les mouvements de ces membres échoue, ils demeurent flasques et inertes. Il n'y a pas d'atrophie musculaire, la contractilité musculaire est d'ailleurs révélée par l'exploration électrique. La peau n'offre aucune modification de sa coloration ni de sa température, c'est à peine si on constate au-dessous de chaque articulation radio-cubitale un œdème entourant l'extrémité supérieure de l'avant bras. Tout attouchement pratiqué en ce point arrache des cris perçants à l'enfant.

Si on soulève ces deux membres par leur extrémité, et qu'on les aban-

donne ensuite, on les voit retomber lourdement le long du corps comme un battant de cloche.

A un examen plus minutieux je reconnais aisément qu'il y a un défaut de continuité entre l'épiphyse supérieure des radius et l'extrémité des diaphyses. Si on frotte l'une contre l'autre les deux pièces osseuses séparées, on perçoit de la crépitation semblable à celle qui est produite par une fracture.

Aucune cause traumatique ne peut être invoquée pour expliquer cette fausse paralysie, laquelle ne peut être rattachée qu'au défaut de continuité des leviers osseux par l'effet de la dystrophie spécifique.

J'ordonne des onctions avec l'onguent napolitain et le traitement de l'intoxication palustre associée.

Trois jours après la température est de 37°,5, mais elle y resta malgré l'atténuation des autres symptômes sous l'influence non interrompue de la quinine.

A côté de cela, les mouvements des membres thoraciques reparaissent graduellement, d'abord du côté droit, au fur et à mesure que l'œdème disparaît et que l'épiphyse se soude à la diaphyse.

Au bout de 20 jours on ne constate plus rien de ce côté, et la nutrition du petit sujet est sensiblement améliorée.

Obs. VI. — *Hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie congénitale affectant les deux bras.* —Cl.., 9 jours, métis, présenté le 22 mars. La mère a eu un avortement et 6 enfants dont 3 déjà morts. Le père se plaint d'arthralgies et de céphalées. L'enfant est né à l'état de mort apparente à la suite d'un accouchement extrêmement long. Très peu développé et assez maigre. Peau sèche parcheminée. Pemphigus plantaire et palmaire. Alopécie. Rhinite. Ganglions périphériques tuméfiés. La mère remarqua aussitôt après la naissance qu'il ne remuait pas ses deux bras. Ceux-ci se tenaient au long du corps, et toute tentative pour les tirer de cette attitude arrachait des cris à l'enfant.

L'examen me permit alors de retrouver de l'œdème autour du poignet gauche ainsi qu'au-dessous du coude droit. C'étaient les sièges de la douleur. En ces deux points on constatait à gauche le décollement de l'épiphyse inférieure du radius, à droite celui de l'épiphyse supérieure du radius. Les muscles de ces membres n'offraient rien d'anormal et réagissaient bien aux courants faradiques et galvaniques.

Prescription immédiate des onctions mercurielles.

Le 13 avril, c'est-à-dire 22 jours après le traitement, les mouvements des bras sont rétablis ; les signes externes de la syphilis sont en voie de disparition et la nutrition s'est beaucoup améliorée.

Le traitement fut cependant poursuivi jusqu'au 20 juin, époque à laquelle l'enfant fut retiré du service.

Obs. VII. —*Hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie affectant les deux bras. Malaria.* —Petit nègre âgé d'un mois, amené dans mon service le 29 septembre 1897.

Aucun renseignement au sujet du père.

Trois enfants : le premier succomba de la variole sans avoir présenté de manifestations externes de syphilis congénitale ; le deuxième présenta peu après la naissance deux pemphigus plantaire et palmaire, du coryza, des éruptions papuleuses, etc.

L'enfant qui nous est présenté est venu au monde à terme sans accidents, n'ayant aucune manifestation externe de syphilis.

A partir de la troisième semaine, la mère s'aperçut que l'enfant ne remuait plus ses deux bras, en même temps que tout mouvement communiqué à ces membres provoquait des signes de vive souffrance.

Poids 3,500 grammes. Allaitement maternel exclusif.

Aucune efflorescence cutanée. Alopécie fronto-temporale. Ganglions sous-occipitaux engorgés. Rhagades aux commissures labiales.

Le moindre attouchement aux deux membres thoraciques arrache des cris à l'enfant.

Le chatouillement ou les excitations pratiqués aux mains n'amènent que des mouvements de flexion et d'extension des doigts. Si, après avoir soulevé les membres, on les abandonne, ils tombent rapidement inertes à côté du tronc. On constate, au-dessus et au-dessous du coude gauche ainsi qu'au-dessus des poignets, un bourrelet œdémateux au niveau duquel la peau n'offre pas de modifications de sa coloration ni de sa température. Ce sont là les points les plus sensibles au palper et plus encore à la pression. On constate en outre une mobilité anormale de l'épiphyse inférieure du radius. Au niveau de l'union de ces épiphyses avec leurs diaphyses on perçoit une sensation de crépitation assez marquée.

L'enfant présente depuis quelques jours des symptômes de paludisme fébrile.

Je prescris l'extrait d'hélianthus annuus et des frictions d'onguent napolitain.

Le 5 octobre. Les accidents malariens ont cessé.

Le 7. L'enfant commence à exécuter déjà quelques mouvements spontanés avec les deux bras.

Le 9. Amélioration marquée. Nutrition relevée. Poids 3,700 grammes.

Le 18. Le bourrelet œdémateux a presque complètement disparu. Plus de mobilité épiphysaire. Le palper et la pression sont à peu près indolents.

L'amélioration ne cesse de faire des progrès, au point qu'une semaine plus tard on ne constate plus de traces de la lésion osseuse.

Obs. VIII. — *Hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie syphilitique affectant le bras droit et les deux jambes.* — O..., âgée de 14 jours, me fut amenée dans mon service le 10 décembre 1897.

Père faible, ayant présenté des accidents vénériens bien avérés. La mère, ordinairement bien portante, se plaint pourtant de céphalées fréquentes.

Elle a eu 8 enfants dont trois ont succombé. Les quatre autres qui avaient précédé la fillette en question auraient eu des manifestations externes de la vérole congénitale ; il faut relever que le plus âgé serait devenu idiot à la suite de convulsions survenues vers le dixième mois. Au cours du neuvième mois de sa dernière grossesse, la mère aurait été atteinte d'une fièvre palustre d'une certaine intensité.

L'enfant est venue au monde à terme, et trois jours après sa peau se couvrit d'une éruption papulo-vésiculeuse. Poids 3,500 grammes ; avant la fin de la première semaine, la mère s'aperçut que l'enfant criait beaucoup et longtemps quand elle le déshabillait pour le baigner ou lorsqu'elle le changeait

de position. Voulant alors se rendre compte de la cause de cette souffrance, elle constata que les jambes et que le bras droit de l'enfant, bien qu'absolument inertes et flasques, étaient le siège de douleurs au plus léger mouvement communiqué.

L'enfant est quelque peu chétive; à l'exception de la peau du nez qui offre une teinte jambonnée, la surface cutanée ne présente aucune efflorescence. Il y a du coryza remontant aux premiers jours. Les ganglions périphériques sont engorgés.

La peau des membres affectés ne présente aucun changement de coloration ou de température ni d'œdème. Les articulations sont normales ; les muscles ne paraissent nullement atrophiés, et répondent fort bien aux excitations électriques. Cependant ils demeurent dans la plus complète immobilité. En explorant d'abord les jambes, je ne constate d'anormal qu'une sensibilité extrême éprouvée par le petit patient à la moindre pression pratiquée sur l'extrémité inférieure des fémurs et l'extrémité supérieure des tibias, mais les épiphyses ne présentent aucun signe de décollement. Par contre l'examen minutieux du bras droit me permet de vérifier que l'épiphyse supérieure de l'humérus offre une mobilité anormale et de percevoir de la crépitation en la frottant contre l'extrémité de la diaphyse.

J'ordonne l'usage de la liqueur de Van Swieten.

Le 13 décembre, les mouvements communiqués aux membres affectés sont déjà un peu mieux supportés.

Le 20, l'administration de la liqueur de Van Swieten n'ayant pas été régulièrement faite, je la remplaçai par les onctions mercurielles.

Le 29, la nutrition de la fillette s'est sensiblement améliorée, son poids est de 4 kilos.

Elle peut déjà remuer son bras droit et agite largement ses deux jambes.

Le 3 janvier 1898, tout est rentré dans l'ordre. Je fais cependant continuer le traitement spécifique.

Obs. IX. — *Hérédo-syphilis. Malaria. Pseudo-paralysie compromettant les deux jambes. Rétablissement de la motilité dans l'espace de quinze jours.* — Z..., métise, âgée d'un mois, m'est amenée le 25 avril 1898. Père syphilitique.

La mère a eu des ulcérations à la gorge, des plaques muqueuses aux lèvres et se plaint d'arthralgies.

Elle a eu cinq enfants : *a*) Un garçon de quatre ans, ayant présenté des manifestations externes de la vérole congénitale. — *b*) Un garçon mort vers le huitième mois. — *c*) Un garçon mort au septième mois. — *d*) Une fausse-couche. — *e*) La petite malade.

Celle-ci est venue au monde à terme, sans manœuvre obstétricale. Poids 3,300 grammes. Peau sèche. Face sénile. Alopécie. Le nez a une coloration violacée. Les ganglions occipitaux sont tuméfiés.

Quinze jours après la naissance, la mère s'aperçut que l'enfant poussait des cris lorsqu'elle la déshabillait pour la baigner ou lorsqu'elle changeait les langes. En recherchant la cause de ces cris, elle a pu reconnaître sans peine que tout mouvement imprimé aux jambes de sa fillette éveillait de vives souffrances, en même temps que ces membres ne bougeaient pas et demeuraient flasques comme des appendices inertes.

Les jointures n'offrent rien d'anormal. Il n'y a ni d'un côté ni de l'autre

d'ecchymoses ni de signes d'inflammation. De plus, la mère assure que son enfant n'a fait aucune chute et n'a été victime d'aucun traumatisme. En chatouillant la plante des pieds on ne provoque que de légers mouvements de flexion des orteils. Si on soulève ces membres par leurs extrémités et qu'on les abandonne, ils retombent lourdement sur le lit.

En agissant sur les muscles des cuisses et des jambes au moyen des courants électriques on les voit répondre activement.

Les leviers osseux du membre gauche ne présentent pas d'altération, mais la plus légère pression pratiquée au niveau de l'épiphyse inférieure du fémur ou de l'extrémité supérieure du tibia arrache des cris à l'enfant. Du côté droit, on constate, outre une sensibilité exagérée au-dessus et au-dessous du genou, les signes du décollement de l'épiphyse supérieure du tibia (mobilité anormale, crépitation).

Par contre, les membres thoraciques jouissent de tous leurs mouvements et sont indolents au palper et à la pression. Des onctions avec l'onguent napolitain furent pratiquées de suite et on prescrivit les médicaments nécessaires pour combattre l'intoxication palustre.

Le traitement antiseptique réussit très bien, au bout de quinze jours l'enfant peut agiter largement ses deux jambes. Malheureusement, elle fut enlevée le 21 mai, par un accès palustre pernicieux.

En réunissant les observations qui précèdent à celles que j'ai déjà publiées, on aura un total de dix-sept cas de pseudo-paralysie syphilitique qui peuvent être ainsi répartis :

D'après l'âge :

9 jours	1 cas
14 —	1 —
1 mois	2 —
1 mois et demi	1 —
2 mois	8 —
2 mois et demi	1 —
3 mois	3 —

D'après le sexe :

Garçons	9 cas
Filles	8 —

D'après l'ordre de la naissance des petits sujets :

Premiers nés	4 cas
Le deuxième né	1 —
Le troisième —	2 —
Le cinquième —	4 —
Le sixième —	1 —
Le septième —	1 —
Le huitième —	1 —
Le neuvième —	1 —
Le douzième —	1 —
Le quatorzième —	1 —

D'après le siège de la fausse paralysie :

Les deux bras	2 cas
Le bras droit	6 —
Le bras gauche	5 —
Les deux jambes	1 —
Le bras droit et les deux jambes	1 —
Les deux bras et la jambe droite	1 —
La jambe gauche	1 —

D'après l'intensité des manifestations externes de la syphilis congénitale :

Signes externes de la syphilis congénitale avec cachexie	9 cas
Manifestations externes modérées sans cachexie	5 —
Stigmates presque nuls ou absents	3 —

D'après le temps réclamé pour le retour du mouvement :

8 jours	1 cas
10 —	1 —
14 —	2 —
15 —	1 —
18 —	1 —
20 —	4 —
22 —	1 —
24 —	1 —
26 —	2 —
27 —	1 —
30 —	2 —

Des faits que je viens de signaler il ressort que la lésion osseuse en question n'a pas été trouvée après le 3e mois, tandis qu'on la voit se produire au dernier terme de la vie fœtale ; le plus ordinairement on la voit survenir à partir du premier mois (15 fois sur 17).

14 fois sur 17 on a retrouvé la coïncidence de manifestations externes plus ou moins graves de la syphilis congénitale. Chez trois malades seulement, les accidents de cette nature étaient peu prononcés ou même faisaient défaut. Ces chiffres justifient la classification, que j'ai établie avec F. Dreyfous, des cas de cette nature en trois groupes : le premier comprenant les cas graves de syphilis congénitale accompagnés de cachexie, le second composé des cas où les symptômes spécifiques sont moins accusés, le troisième renfermant les cas bénins où les signes externes du mal sont à peine ébauchés.

Les cas appartenant au premier groupe seraient, d'après nos observations personnelles, les plus communs (9 fois sur 17).

De l'avis des observateurs qui m'ont précédé dans cette étude, l'affection osseuse est, dans la majorité des cas, symétrique et a le plus souvent pour siège les membres thoraciques. Cette règle pour-

tant est loin d'être absolue. En fait, chez mes 17 petits sujets, 2 fois seulement j'ai trouvé les deux bras affectés ensemble, une autre fois ils étaient atteints en même temps que la jambe droite. Pour ce qui est des membres abdominaux, 2 fois seulement on les a vus atteints simultanément ; dans les douze autres cas, un seul membre avait perdu la motilité.

Je n'ai jamais vu l'affection atteindre simultanément deux membres congénères pour disparaître ensuite spontanément à l'un d'eux, comme l'ont observé Jæger et Laffite.

En ce qui regarde les os qui ont été le siège du processus dystrophique, mes observations m'ont permis de constater ce qui suit :

Une fois l'extrémité supérieure de l'humérus, et une autre fois l'extrémité inférieure du même os ont été le siège de la lésion. Celle-ci affecta, dans 2 cas, l'extrémité supérieure des deux radius. 7 fois l'extrémité supérieure d'un seul radius, 1 fois les deux épiphyses d'un radius, 2 fois l'épiphyse supérieure d'un radius et l'épiphyse inférieure de l'autre, 1 fois l'extrémité inférieure d'un radius, 2 fois l'extrémité inférieure du fémur, 1 fois enfin l'extrémité supérieure du tibia.

Il ressort des faits ci-dessus rapportés, que l'affection en question débute toujours par la perte soudaine de la motilité d'un ou de plusieurs membres due au défaut de continuité des leviers osseux par suite de la séparation du cartilage intermédiaire, consécutive elle-même à la dystrophie du tissu spongieux de l'extrémité de la diaphyse. Souvent on constate de l'œdème à ce niveau, de même que, en déplaçant l'un contre l'autre les deux fragments osseux, on perçoit une crépitation semblable à celle d'une fracture.

Un autre symptôme digne de remarque est la douleur qui est toujours assez vive au niveau du point atteint du membre, lequel est flasque et retombe lourdement comme un battant de cloche, si on l'abandonne après l'avoir soulevé par son extrémité. Les muscles ne prennent aucune part à l'affection ; ils ne sont jamais atrophiés et réagissent toujours aux courants faradiques et galvaniques. Une enquête minutieuse ne m'a permis, dans aucun cas, de retrouver, dans les antécédents, un traumatisme capable d'engendrer de pareils accidents. Je n'ai non plus rien constaté d'anormal au niveau des jointures voisines.

Je ne m'arrêterai pas sur le pronostic de l'affection dont je m'occupe. Mon observation personnelle ne m'autorise point à partager, sous ce rapport, l'opinion de Parrot d'après laquelle les cas de cette affection se termineraient tous sans exception, d'une manière fatale.

Tous les cas que j'ai été à même de soumettre à un traitement anti-syphilitique intensif dès le début de la pseudo-paralysie ont été en effet guéris dans un court espace de temps.

TUBERCULIDE ANGIOMATEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

(ANGIOKÉRATOME DE MIBELLI A LÉSIONS VASCULAIRES PROFONDES)

Par MM. **Leredde**, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, et **Milian**, interne des hôpitaux.

I

Depuis les travaux de Hallopeau, C. Boeck, et Darier, on groupe sous une étiquette commune des lésions cutanées qui paraissent dues non à l'action locale du bacille de la tuberculose, mais à ses toxines agissant à distance. Le type de ces altérations est fourni par le lupus érythémateux, dont M. Besnier soutenait depuis longtemps l'origine tuberculeuse, en se fondant uniquement sur des faits cliniques. Cependant, les lésions diffèrent absolument de celles des tuberculoses cutanées, le bacille de Koch ne peut y être décelé par aucun procédé histologique ou expérimental. La réaction par la tuberculine elle-même est négative. Mais la coexistence du lupus érythémateux et de la tuberculose ganglionnaire ou pulmonaire est tellement fréquente, que les faits ont fini par entraîner l'adhésion d'un grand nombre de dermatologistes aux opinions de M. Besnier, qui sont maintenant presque classiques.

Le lupus érythémateux n'est pas la seule affection cutanée qui présente des rapports cliniques étroits avec la tuberculose bacillaire, il en existe d'autres où on ne peut de même révéler le bacille tuberculeux. M. Hallopeau, puis C. Boeck, ont groupé toutes ces affections auxquelles Boeck a donné le nom d'exanthèmes de la tuberculose. M. Darier les a dénommées tuberculides. Cette dernière dénomination a des inconvénients : car les mots syphilides, léprides, qu'elle rappelle de suite, s'appliquent à toutes les manifestations éruptives de la syphilis, de la lèpre, tandis que le mot tuberculide qui a été employé par M. Tenneson pour désigner toutes les manifestations cutanées de la tuberculose, ne s'applique, au sens de M. Darier, qu'à certaines d'entre elles.

M. Hallopeau a proposé de remplacer le mot tuberculides par celui de toxituberculides.

L'intervention des toxines tuberculeuses est une hypothèse qui n'est appuyée par aucun fait définitif, mais qui a cependant une valeur : à l'heure présente, elle est la seule qui puisse expliquer la relation de certaines lésions cutanées et de la tuberculose, en l'absence du bacille dans les tissus malades.

Exanthèmes de la tuberculose, tuberculides ou toxituberculides forment un groupe dans lequel C. Boeck comprend :

1° Le lupus érythémateux ;

2° L'affection qu'il a décrite sous le nom de lupus érythémateux disséminé et qui a reçu des noms multiples (folliculites disséminées symétriques des parties glabres, Brocq ; acnitis et folliclis, Barthélemy ; idrosadénites suppuratives disséminées, Dubreuilh ; spiradénite disséminée suppurative, Unna ; granulome innominé, Tenneson, Leredde et Martinet) ;

3° Le lichen scrofulosorum ;

4° L'eczéma scrofulosorum ;

5° Diverses maladies telles que le lupus pernio et l'érythème induré de Bazin, l'ecthyma térébrant de l'enfance, l'acné cachecticorum de Hebra, certains faits d'acné scrofulosorum, peut-être le pityriasis rubra.

Le groupe des exanthèmes de la tuberculose est ainsi excessivement large, et il y aurait lieu de faire des réserves, que Boeck admet lui-même sur l'origine « toxituberculeuse » de beaucoup de ces maladies.

Par contre, C. Boeck (1) ne parle pas d'une affection qui présente cependant d'étroits rapports avec la tuberculose, c'est l'angiokératome de Mibelli. Un fait que nous avons récemment observé nous a déterminé à faire des recherches sur la question, et nous sommes arrivés à nous convaincre que l'angiokératome est une tuberculide, au même titre que le lupus érythémateux lui-même.

II

Nous n'avons pu recueillir que quelques notes cliniques sur notre malade, mais elles résument les faits essentiels.

Jeune fille de 19 ans, entrée salle Alibert, le 15 février 1898.

Depuis son enfance, cette malade présente des adénopathies de la région sous-maxillaire et de la région antéro-externe du cou, très volumineuses, soulevant la peau. Certains ganglions atteignent le volume d'un œuf de poule.

Depuis près d'un mois, elle présente sur la face dorsale des orteils, sur le bord externe du pied, sur les faces latérales de la région tibio-tarsienne et sur la partie inférieure des jambes à leur face postérieure des éléments qui ont en moyenne le volume de lentilles, saillants, arrondis, de couleur rouge sombre. Sur ces papules on constate de petites taches purpuriques.

On n'a pas noté chez la malade d'autres lésions cutanées ; elle présente depuis quatre ou cinq ans des altérations unguéales des mains et en particulier des index : les ongles sont grisâtres, cannelés, recroquevillés. La cause de ces altérations est tout à fait inconnue.

(1) C. Boeck. *Arch. f. Derm.*, 1898.

L'état général est bon. On ne peut constater de signes physiques indiquant une altération pulmonaire.

III

La malade avait été recueillie à la consultation de Saint-Louis par l'un de nous, qui, sans pousser plus loin le diagnostic, avait été frappé par l'adénopathie cervicale et avait pensé qu'il s'agissait d'une forme de tuberculides. M. Tenneson, chez lequel la malade fut admise, fit le diagnostic d'angiokératome de Mibelli ; à son avis, les lésions ne différaient de l'angiokératome typique que par l'absence de productions verruqueuses à la surface des éléments, mais on sait que l'hyperkératose peut manquer et Dubreuilh a publié deux faits d'angiokératome plan (*Ann. derm.*, 1893). M. Tenneson a bien voulu nous confier le soin d'étudier les pièces, et nous lui en exprimons ici tous nos remerciements.

A vrai dire, le diagnostic d'angiokératome n'était pas contradictoire de celui de tuberculide. A un point de vue étiologique le diagnostic de tuberculide était permis, grâce aux adénopathies cervicales considérables; à un point de vue anatomo-clinique, il s'agissait bien d'un angiokératome.

Nous nous sommes demandé si notre observation n'avait pas une portée générale et si on ne pouvait en tirer quelque lumière sur la pathogénie de l'angiokératome. Les rapports de l'angiokératome, des engelures, et de l'asphyxie des extrémités sont bien connus, mais à l'heure actuelle, ni les engelures, ni l'asphyxie des extrémités ne sont considérées comme des tuberculides ; elles paraissent se produire volontiers sur un terrain favorable au développement de la tuberculose. Par tuberculide on entend au contraire des manifestations indirectes de celle-ci. Comme les engelures et quelles que soient leurs causes intimes, les lésions de l'angiokératome se développent-elles chez des individus prédisposés à la tuberculose (par la structure de leurs tissus, par leur nutrition, peu importe) ou, comme le lupus érythémateux, sont-elles liées à l'action des toxines tuberculeuses, sont-elles des tuberculides ?

Quelques recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont paru favorables à cette dernière manière de voir. Sur 25 observations d'angiokératome rapportées dans la thèse d'Escande (Toulouse, 1893), nous avons relevé *trois cas* de tuberculose pulmonaire, l'un concernant un malade de T. Fox (obs. II d'Escande) qui présentait un aspect de phtisique, était convalescent d'une pleurésie et qui mourut tuberculeux au bout de deux ans ; un autre concernant un malade d'Audry (obs. XIX, d'Escande), chez lequel on note une tuberculose pulmonaire; enfin un cas de pleurésie et de tuberculose pulmonaire chez un malade d'Escande lui-même (obs. XXIV).

Il est très frappant de rencontrer trois cas de tuberculose pulmonaire chez des sujets atteints d'angiokératome, mais, en outre, on est autorisé à se demander si beaucoup de cas n'ont pas échappé. L'attention n'ayant pas été attirée sur le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de l'affection, la tuberculose n'a dû être notée que dans les cas où elle était assez avancée, l'exploration des ganglions n'a souvent pas été faite, l'enquête sur la tuberculose familiale n'a pas été poursuivie. En tout cas, il n'y a peut-être pas chez 25 malades atteints de lupus érythémateux plus de trois individus présentant une tuberculose pulmonaire ganglionnaire *assez évidente pour qu'on la relève dans des enquêtes où on ne la cherche pas particulièrement.*

Cliniquement, nous sommes autorisés à rapprocher l'angiokératome de Mibelli des tuberculides ; nous allons voir que les faits anatomiques fournissent de nouveaux arguments à cette manière de voir.

IV

Étude histologique. — Le fragment biopsié prélevé à la partie inférieure de la jambe a été fixé par l'alcool à 90°, inclus dans la celloïdine. Les coupes ont été colorées par l'hématéine, la thionine phéniquée, le bleu polychrome de Unna.

Déjà à la loupe, on est frappé de l'irrégularité excessive de la surface épidermique, qui présente des crêtes acuminées ou arrondies et des dépressions où s'accumule la substance cornée. Il existe donc de l'hyperkératose, mais sans parakératose, comme nous le verrons.

Le corps muqueux n'est pas épaissi ; il est même plus mince que normalement dans les régions où existent les dilatations vasculaires qui occupent les régions superficielles du derme.

A un fort grossissement, on constate que la kératohyaline a disparu de la couche granuleuse. En certains points, on trouve des masses cornées arrondies incluses dans la partie superficielle du corps muqueux, les cellules malpighiennes peu nombreuses qui les recouvrent sont aplaties. Nous n'avons pu décider, nos coupes n'ayant pas été faites en séries, si ces inclusions communiquaient ou non en certains points avec la couche cornée, et si l'inclusion était complète ou s'il ne s'agissait que d'invagination.

Les cellules du corps muqueux sont petites, les cavités périnucléaires sont distendues, et le noyau se trouve au centre sous forme d'un disque plat très colorable. Il existe quelques rares cellules migratrices dans l'épiderme, rappelant des lymphocytes.

Nous étudierons dans le derme trois plans, l'un superficiel où se produisent les dilatations vasculaires, un plan moyen et un plan profond.

Plan profond du derme. — A l'union du tissu adipeux et du

derme on trouve à la partie moyenne des coupes une artère à parois très épaisses, qui est presque oblitérée par la multiplication des cellules de la couche interne.

Cependant la circulation n'est pas arrêtée ; on trouve encore quelques globules rouges dans la lumière, mêlés de lymphocytes en grand nombre. Les autres vaisseaux artériels ou veineux, moins importants, présentent tous des altérations considérables qui aboutissent, soit au rétrécissement, soit à la dilatation. Les parois vasculaires sont généralement épaisses, scléreuses, infiltrées de noyaux ; lorsque l'oblitération tend à se faire, elle est due à la prolifération des cellules de la couche interne sans accumulation de globules blancs. Autour d'un grand nombre de vaisseaux on constate des amas cellulaires.

Ces amas se développent surtout dans le tissu adipeux, à la limite du derme et au niveau des glandes sudoripares. Ils sont formés surtout de petites cellules identiques à des lymphocytes, c'est-à-dire presque remplies par des noyaux excessivement colorables. Les glandes sudoripares elles-mêmes paraissent peu altérées. Tantôt elles sont dissociées par quelques éléments cellulaires, tantôt elles restent au contact les unes des autres, séparées par le tissu conjonctif légèrement épaissi.

Plans moyen et superficiel du derme. — Dans le plan moyen du derme, la lésion essentielle porte encore sur les vaisseaux, dont les parois présentent le même épaississement que celles des vaisseaux profonds. Une veine importante qu'on peut suivre sur un long trajet offre des altérations excessives : ses parois sont infiltrées de noyaux, la prolifération cellulaire oblitère presque complètement la cavité. Il est exceptionnel de rencontrer des veinules dilatées. Des vaisseaux plus petits sont complètement oblitérés par des thrombus hyalins. A un niveau plus élevé, on voit des vaisseaux oblitérés, ou presque complètement, qui se continuent avec les dilatations vasculaires sous-épidermiques.

Celles-ci se développent principalement au niveau du tissu sous-papillaire ou dans les papilles : ce sont de larges cavités, tapissées d'un endothélium régulier, presque toujours gorgées de sang. Par places, elles forment de véritables lacs communiquant les uns avec les autres, constituant un véritable réseau caverneux.

Autour des vaisseaux, on trouve, en beaucoup moins grande abondance que dans les régions profondes, des cellules accumulées qui presque toutes ont les caractères des cellules fixes.

Certains îlots constitués par des cellules entourant des veines qui sont remplies également d'éléments cellulaires sont en état de nécrose : les noyaux sont encore colorables, non fragmentés, mais les protoplasmas sont grenus, et les cellules se confondent les unes avec les autres.

Le tissu conjonctif du derme, dans son ensemble est condensé, presque vitreux, les cellules fixes sont universellement multipliées, surtout, comme nous l'avons dit, autour des vaisseaux. Sur les coupes colorées par les couleurs basiques d'aniline, on ne trouve nulle part de Mastzellen.

Cet examen histologique met en relief le rôle des lésions vasculaires dans le processus : nous avons noté l'artérite, mais bien plus importante est encore la phlébite oblitérante qui détermine la dilatation des réseaux capillaires et des veines originelles du plan sous-épidermique. Parmi les lésions du derme, aucune ne peut être considérée comme antérieure aux lésions des vaisseaux, et ne peut permettre de les expliquer, elles paraissent secondaires ou dues à la cause même qui détermine l'artérite et la phlébite. Quant aux altérations de l'épiderme, elles sont tout à fait accessoires.

V

Les lésions que nous venons de décrire se rapprochent singulièrement de celles de l'angiokératome de Mibelli, et permettent de confirmer le diagnostic macroscopique, formulé par M. le Dr Tenneson.

L'atrophie légère du corps muqueux, que nous avons constatée, a été notée dans l'angiokératome. L'hyperkératose qui ne se révélait pas cliniquement se retrouve sur les coupes d'une manière évidente.

Les lésions superficielles du derme sont dans notre cas, à part la nécrose partielle, *exactement ce qu'elles sont dans l'angiokératome* et identiques à celles qui ont été décrites par Mibelli, Pringle et Audry (1). Nous n'avons pas trouvé trace de dilatation lymphatique comme il est de règle.

Il existe cependant une différence importante entre notre observation et les faits qui ont été étudiés microscopiquement jusqu'ici. Nous avons noté des lésions vasculaires profondes, et surtout des veines, lésions auxquelles paraît se rattacher la dilatation des vaisseaux à la surface. Ces lésions pourront paraître à quelques-uns contradictoires du diagnostic d'angiokératome.

Mais il nous paraît possible que tous les auteurs n'aient pas pratiqué des biopsies assez profondes : quelques descriptions restent muettes sur les altérations du derme profond, et peut-être les lésions des vaisseaux sanguins qui se trouvent au niveau des glandes sudoripares et du tissu sous-cutané ont-elles échappé dans certains cas.

En tout cas, nous nous croyons autorisé à donner comme titre « anatomique » à notre observation, celui d'angiokératome avec lésions vasculaires profondes ; la portée de notre observation au point de vue de la nature de l'angiokératome reste entière ; notre fait établit

(1) V. Audry. *Ann. Derm.*, 1893.

au point de vue histologique, l'existence de types de transition entre l'angiokératome tel que l'a décrit Mibelli et des tuberculides à lésions vasculaires plus profondes et plus graves.

Parmi les affections que C. Boeck groupe dans la liste des « exanthèmes de la tuberculose », il en est en effet certaines où, entre autres altérations, celles des vaisseaux sanguins sont tout à fait au premier plan ; en première ligne le lupus érythémateux sous sa forme vulgaire et sous sa forme aiguë (endovascularites, dilatations vasculaires, hémorrhagies) puis l'érythème induré de Bazin-Hutchinson, l'« acnitis » de Barthélemy.

Dans cette dernière affection, la lésion vasculaire va jusqu'à l'oblitération et domine les altérations du derme profond et en particulier des glandes sudoripares, considérées comme primitives par Unna, Pollitzer, Dubreuilh, d'où les noms d'idrosadénite et de spiradénite donnés à l'affection. L'importance majeure de l'artérite et de la phlébite est admise depuis que l'un de nous (Leredde) a insisté sur leur rôle dans cette maladie.

Dans l'érythème induré de Bazin-Hutchinson, l'oblitération des vaisseaux joue également un rôle prépondérant (2).

VI

En résumé :

L'angiokératome de Mibelli est une affection dont la cause première est la même que celle du lupus érythémateux, de l'érythème induré, etc. (tuberculides, toxituberculides). Les lésions des ganglions, du poumon, la tuberculose des ascendants, devront être recherchées chez les malades.

Par ses altérations vasculaires, l'angiokératome se rapproche de certaines tuberculides. Il peut s'accompagner de lésions graves des vaisseaux profonds, comparables à celles qu'on peut observer dans les « tuberculides nécrotiques », c'est-à-dire l'érythème induré de Bazin-Hutchinson et l'acnitis de Barthélemy.

(1) V. Tenneson, Leredde et Martinet. Sur un granulome innominé. *Ann. Derm.*, 1896, p. 913. — Hallopeau et Bureau. Deuxième note sur l'affection dite folliclis. *Ann. Derm.*, 1896, p. 1428.

(2) Leredde. Tuberculides nodulaires des membres inférieurs. *Ann. Derm.*, 1898, p. 893.

RECUEIL DE FAITS

SCLÉRODERMIE DIFFUSE

ACCIDENTS ÉRYTHÉMATEUX ET PHLEGMONEUX INTERCURRENTS

Par le Dr **J. Marty**,
Médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort.

Le soldat P..., du 151e d'infanterie, entre à l'hôpital le 31 mars 1898.

Ses parents sont bien portants. Cependant le père présente une fistule dentaire, suite d'ostéo-périostite liée à de mauvaises dents.

Le 27 mars, P... sent de la douleur à la partie latérale droite du cou.

Le 29, il ressent également des douleurs dans la cuisse gauche et se fait porter malade. Le 31 il entre à l'hôpital.

A son arrivée, on constate sur la partie postérieure de la cuisse gauche, une plaque rouge fort étendue. Sa largeur est de 12 centimètres. Elle va du pli fessier jusqu'à quelques centimètres au-dessus du creux poplité. La rougeur est modérément vive, uniforme, de cachet inflammatoire et s'accompagne d'un léger gonflement. La plaque n'offre pas de limites nettement tranchées, mais pâlit progressivement sur les bords avant de se confondre avec les tissus environnants. Il n'existe qu'une fluctuation obscure et diffuse. Cependant 3 incisions sont pratiquées. Elles donnent un certain écoulement de liquide séro-purulent et de sang.

De plus, au cou, on remarque sur toute la région sterno-mastoïdienne droite, une plaque de même nature, mais très pâle. Pas de fluctuation bien nette ; sensation d'œdème sous-cutané. Température soir 39°.

L'état général est assez bon. Pas de frissons, mais état gastrique et céphalée. Pas de vomissements.

1er avril. Pansement. Une certaine quantité de pus s'est échappée par les incisions et la rougeur a diminué. Drainage.

Du côté du cou, état stationnaire. Température matin 39°, soir 40°,1.

Le 2. Température matin 38°,6, soir 38°,8.

Le 3. Amélioration générale ; l'appétit reparaît et la fièvre tombe ; l'écoulement purulent diminue et la rougeur de la cuisse s'efface.

Température matin 38°,2, soir 38°,1.

Le 4. Le malade attire de nouveau l'attention sur la région sterno-mastoïdienne droite. Il se plaint de gêne dans les mouvements de latéralité de la tête. On y trouve encore, sur la partie moyenne de la région sterno-cléido-mastoïdienne, empiétant sur la partie inférieure et sur les régions sus et sous-hyoïdiennes, la teinte rose signalée déjà. Mais elle pâlit. Il y a encore une sensation d'œdème cutané sans douleur réelle.

Température matin 37°,8, soir 38°,1.

Le 5. Température 37°,4, soir 37°,8.

Le 6. Température 37°, soir 37°,8.

A partir de cette date, la fièvre disparaît et l'état de la cuisse s'améliore lentement, mais d'une façon continue.

Du côté du cou, la peau blanchit progressivement et se modifie. La

sensation de fausse fluctuation disparaît et est remplacée par de l'œdème dur. Mais le 8, la lésion s'étend et descend vers la région sous-clavière. La peau devient lisse, s'épaissit et les mouvements sont gênés. La teinte rose qui accompagnait les premiers accidents a été à peine appréciable.

Les jours suivants, la lésion s'étend en perdant son caractère inflammatoire. Le bras droit est envahi, surtout à la partie antérieure et le mouvement d'extension complète est impossible.

D'autre part, les deux côtés de la poitrine, le dos, la face sont intéressés. Le tégument est pâle, blanchâtre, couleur de cire. Les mouvements sont gênés, sans arriver à l'immobilité. La bouche s'ouvre difficilement et seulement dans une certaine mesure.

On ne peut pincer la peau qui glisse cependant sur les plans profonds.

L'abdomen est également envahi, mais du côté droit, il n'y a rien au-dessus du pli de l'aine, et à gauche, la face postérieure de la cuisse seule est altérée. Les mains ne présentent rien d'appréciable.

La sensibilité est conservée dans les parties atteintes.

L'état général reste excellent. Appétit.

On institue un traitement ioduré à 4 grammes.

Dans la fin du mois, il se produit une certaine amélioration. On commence à pouvoir pincer la peau de la région mastoïdienne droite. La partie la plus tendue serait, à ce moment, la nuque où l'on sent un œdème dur très net, puis les pommettes.

Mais, au-dessous de la clavicule droite, la peau s'est colorée et présente une sensation assez marquée de fluctuation. L'apyrexie persiste.

Le 2 mai, cette sensation est assez nette pour décider à une ponction exploratrice qui ne donne pas de pus.

Pas d'albumine, l'état général se maintient.

Gêne persistante des mouvements, surtout du côté du bras droit.

Le 10, l'amélioration s'accentue, la bouche s'ouvre mieux, la face n'a plus sa pâleur de cire et elle commence à se colorer.

La rougeur sous-claviculaire diminue, mais dans la matinée il a ressenti au niveau de la ponction une légère sensation anormale. On lève le pansement et l'on constate un léger épanchement sanguin sous-cutané, en rapport avec le siège de l'exploration.

Du côté de la cuisse, la cicatrisation s'opère peu à peu.

Le 15, éruption rosée éphémère sur la face. L'œdème sous-claviculaire a disparu.

Il n'y a pas lieu, pensons-nous, de détailler la marche de l'amélioration qui s'accentue.

Le 1er juin, la cuisse est guérie. La peau de la face est rosée, mais encore épaisse. On ne peut encore faire de plis sur les pommettes. Partout ailleurs, la tension des téguments a diminué, bien qu'elle soit toujours nette, dans tous les endroits envahis. Les mains sont restées normales et, du côté des membres inférieurs, seule la cuisse gauche est un peu empâtée à la partie supérieure.

Aucun trouble dans les diverses fonctions. Sensibilité normale.

A partir de ce moment, l'état devient stationnaire, et l'amélioration obtenue ne s'accentue pas.

Le malade sortit du service à la fin du mois.

Et maintenant, à quelle affection avons-nous eu affaire ? Il nous semble qu'il s'est agi d'une sclérodermie diffuse symétrique généralisée.

Notre sujet avait 21 ans, c'est donc bien la période de la vie où l'affection peut s'observer.

On doit noter, au point de vue clinique, l'absence de prodromes. De plus, des quatre membres ce sont bien, comme, dans les formes habituelles, les extrémités supérieures qui ont été surtout frappées, mais on remarque que les mains sont restées indemnes, au moins au début.

L'étiologie reste obscure ; le malade, au moment de son départ, comme toutes les fois qu'il a été interrogé, nous a affirmé qu'il n'avait eu aucun traumatisme, impression de froid, émotion morale que l'on pourrait accuser.

Mais le côté le plus intéressant de cette observation est l'évolution du phlegmon sous-cutané de la cuisse qui en accompagna le début.

Eut-il un lien avec la sclérodermie ? Nous croyons le fait probable. A remarquer qu'il est survenu, au moment où l'affection s'était déjà manifestée par un œdème inflammatoire de la région sterno-mastoïdienne qui, n'ayant pas suppuré, semble un degré intermédiaire entre le phlegmon crural et l'induration classique spéciale rencontrée sur le reste des parties intéressées. Les phénomènes survenus, dans les premiers jours de mai, sous la clavicule, constituent vraisemblablement une poussée de même ordre, également avortée et sans retentissement sur l'état général, tandis que la suppuration du début est attribuable à la fièvre qui l'accompagne.

Cette complication nous semble rare. Elle ne paraît pas devoir être confondue avec le cas de gangrène de la jambe, signalé en 1893 par Foulaton, avec les lésions ulcéreuses décrites par Zambaco et Bérillon (1893), par Tenneson (1895), par Friedheim (1896), par Sternthal (1898).

Ce fait est à rapprocher des cas de sclérodermie signalés par Kaposi (1895) et dans lesquels l'évolution des phénomènes spéciaux était précédée d'érythèmes qui pourraient être regardés comme en constituant la première phase. Il en diffère cependant en ce que les poussées se sont produites dans le cours même de l'affection.

D'autre part, Brocq indique la possibilité de lésions sous-cutanées et d'inflammations chroniques du périoste. Mais, n'ayant pas entre les mains le détail de ces faits, nous ne saurions les comparer au nôtre.

En définitive, notre observation semble tendre à indiquer que, dans certains cas, la sclérodermie peut offrir des épisodes aigus avec rougeur inflammatoire de la peau et œdème sous-cutané. Parfois, cet état aboutirait à la suppuration.

Sous quelle influence se produiraient ces phénomènes anormaux ? Nous ne saurions le préciser et cette note n'a pour but que d'en signaler l'existence. Mais au point de vue pathogénique, leur importance n'est pas douteuse. Si la sclérodermie est une trophonévrose, il est vraisemblable que, dans ces cas, une infection généralisée agit simultanément pour les produire.

Au point de vue thérapeutique, notons, sous toutes réserves pour l'avenir, le résultat favorable du traitement ioduré.

DEUX OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE
DES

ARTHROPATHIES TARDIVES DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par **J. Braquehaye,**
Professeur agrégé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tunis.

Les arthropathies qui se rencontrent dans la syphilis acquise sont encore parfois méconnues, bien que leur description figure dans tous les ouvrages classiques. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on fasse souvent des erreurs de diagnostic lorsqu'elles se développent chez des syphilitiques héréditaires, surtout à une époque tardive.

Est-ce à dire que, chez ces malades, les lésions articulaires soient rares? Assurément non, mais presque toujours elles sont prises pour des tumeurs blanches ou des arthrites rhumatismales, ainsi que le fait observer Robinson (1). Aussi n'y a-t-il encore que peu d'observations qui aient été publiées. Ainsi s'explique ce que disait, il y a quelques années, le professeur Fournier (2) : « Entreprendre aujourd'hui une description « didactique des affections articulaires que peut réaliser la syphilis héré« ditaire tardive, serait faire œuvre stérile et prématurée, vu le petit « nombre de documents, de pièces authentiques absolument irréfutables, « dont nous disposons encore. » Kirmisson et Jacobson (3), dans un excellent travail, ont réuni récemment « les observations les plus démonstratives » qu'ils ont trouvées dans divers mémoires ; ils n'en ont rapporté que 17. Il est vrai qu'ils passent au crible tous les faits publiés et qu'ils n'admettent que ceux dans lesquels les rapports entre la syphilis et l'arthropathie semblent établis. « De ce qu'un enfant est hérédo-syphilitique, « disent-ils très justement, est-on autorisé à attribuer toutes les affec« tions dont il est atteint à la syphilis héréditaire? »

La rareté des observations complètes nous a engagé à publier les deux suivantes que nous avons recueillies en moins d'un an et qui nous ont paru démonstratives.

Observation I. — *Arthropathie syphilitique du genou droit chez un syphilitique héréditaire.* — Le nommé F..., mécanicien à Landiras, âgé de 29 ans, se présente à ma consultation, le 19 mars 1897, pour une tuméfaction notable du genou droit, avec ulcération superficielle.

Ses antécédents héréditaires sont intéressants à connaître. Sa mère a eu plusieurs enfants bien portants, dont F... est le plus jeune. Deux ans environ avant la naissance de F..., cette femme, étant placée comme

(1) Robinson. De l'arthrite syphilitique chez les enfants. *Brit. med. Journ.*, mai 1896.

(2) Fournier. *De la syphilis héréditaire tardive.* Paris, 1886.

(3) E. Kirmisson et M. G. Jacobson. Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire. *Revue d'orthopédie*, septembre et novembre 1897.

nourrice, eut un chancre du sein (contagion par un nourrisson syphilitique). Bien qu'elle ne se soignât pas régulièrement, elle devint enceinte deux ans après et mit au monde F..., qui vint à terme. Jamais elle n'eut de fausses couches.

A sa naissance, notre malade était petit, malingre et avait des excoriations sur le corps, au dire d'une de ses sœurs qui l'accompagne. Il n'a marché que très tard et, pendant plusieurs années, on dut lui mettre des appareils à tuteurs. Il a toujours été dur d'oreille et il faut parler assez fort pour qu'il comprenne ce que l'on dit; de plus, pendant son enfance, il eut une affection de la cornée qui guérit après qu'on eût dit au médecin que ces antécédents étaient entachés de syphilis. Il s'agissait très probablement de kératite interstitielle. F... s'est marié il y a quelques années et n'a eu qu'un seul enfant, une fillette atteinte de luxation congénitale de la hanche. La syphilis semble donc avoir frappé trois générations successives.

Vers l'âge de 8 ans, notre malade ressentit des douleurs vives, ostéocopes, dans le tibia gauche, survenant toujours la nuit. Elles durèrent pendant plusieurs années et les parents incriminèrent la croissance.

A 18 ans, le genou gauche devint gros, mais n'était pas le siège de douleurs très vives. F... ployait facilement la jambe et marchait comme autrefois, sans souffrances. Il avait cependant remarqué que l'articulation était le siège de craquements. Il entra à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Lanelongue, qui le soumit au traitement : IK, 2 gr. par jour. Quelques mois après, il sortait guéri.

A 25 ans, nouvelle poussée dans le genou gauche. Il entre de nouveau à l'hôpital et en sort bientôt pour continuer le traitement chez lui où il guérit encore.

A la fin de 1895, son genou droit, jusque-là intact, se prend à son tour. Mais, lassé de voir ses nombreuses récidives, F... s'adresse à un rebouteur de Bordeaux, qui diagnostique une tumeur blanche, prescrit des applications de goudron, du massage, la marche forcée et fait des passes sur son genou, en prononçant des paroles cabalistiques. Malgré des consultations fréquentes, F... ne va pas mieux ; au contraire, il voit après quelques mois apparaître une ulcération sur le bord externe du genou malade. Lorsque l'empirique qui le soigne juge que la plaie a assez donné, il fait appliquer, *pour tarir la suppuration*, des cataplasmes de fiente de vache et prescrit une tisane d'un goût très fort qui fit beaucoup maigrir le malade. Celui-ci, après 6 mois de ce dernier traitement, voyant son genou empirer, vient me consulter.

Je constate d'abord que le sujet est malingre ; il marche sans trop de douleur, mais traîne la jambe.

A la vue, le genou droit est globuleux et du volume d'une tête d'enfant à terme. Sur le bord externe, il y a une ulcération large comme la main, à fond blafard, fongueux, bourgeonnant, à bords déchiquetés, polycycliques et très légèrement surélevés. Le suintement est peu abondant, plutôt séreux que purulent, sans odeur spéciale. La peau voisine a sa couleur normale. Les muscles extenseurs de la cuisse ne semblent pas atrophiés.

Au palper, la rotule est très nettement soulevée par du liquide ; il y en a plus d'un verre dans le genou. Les bords de l'ulcération sont souples. Du côté des os, nous notons un épaississement des épiphyses fémorale et tibiale voisines du genou et un élargissement appréciable de la rotule (un quart en plus de la rotule gauche). Par places, la synoviale semble épaissie, irrégulièrement blindée. La pression donne une sensation analogue à celle d'un kyste à grains riziformes. Les mouvements de flexion et d'extension, qui sont bien conservés, produisent des craquements très nets, perceptibles à distance. Dans le triangle crural, on trouve une masse ganglionnaire du volume d'un petit œuf de poule, dure, mobile, indolente, allongée dans son grand axe parallèlement à la cuisse.

Le genou est indolent à la pression, sauf au niveau de l'ulcération ; encore la douleur y est-elle peu vive. Les os eux-mêmes sont peu sensibles. La percussion du talon, les mouvements spontanés ou provoqués n'éveillent aucune souffrance. Le malade marche assez facilement, avec une boiterie très légère.

Il n'y a pas de mouvements de latéralité appréciables.

Le genou gauche ne contient pas de liquide, mais les épiphyses osseuses voisines sont épaissies.

Pendant la flexion de la jambe, on entend des craquements très nets ; cependant les mouvements se font bien.

Les os présentent des lésions syphilitiques. Les tibias ne sont pas en lame de sabre ; mais, des deux côtés, la tubérosité antérieure forme une exostose très manifeste sous la peau et indolente à la pression.

Sur les deux clavicules, exostose saillante au niveau des insertions du sterno-cléido-mastoïdien. Les deux épitrochlées font aussi une saillie anormale.

Il n'y a rien sur les autres os. Le crâne est normal ; les bosses frontales sont peu développées. Toutes les dents du malade sont gâtées ; il ne reste plus que quelques chicots.

Traitement : Emplâtre de Vigo *cum mercurio*, sur le genou droit et, à l'intérieur, deux cuillerées de sirop de Gibert et 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 10 avril, amélioration notable : l'ulcération est presque complètement cicatrisée ; le genou a diminué de moitié.

Le 15 mai, le malade est à peu près guéri ; le blindage de la synoviale a presque disparu ; il ne reste que très peu de liquide dans son genou. Il persiste cependant des craquements notables dans les mouvements de flexion et d'extension ; les épiphyses sont toujours volumineuses. Nous conseillons à F... de continuer son traitement en se reposant 15 jours, après l'avoir suivi pendant un mois.

Nous revoyons notre malade le 6 août 1898. Il a suivi, nous dit-il, le traitement pendant 6 mois ; il est resté complètement guéri pendant tout ce temps. Il a pu s'embarquer depuis près d'un an sur un bateau des messageries maritimes qui fait le service de Buenos-Ayres et il a fait à bord le service pénible de soutier sans accidents. Il y a 15 jours, étant à Dakar, un nègre, occupé à charger du charbon de terre, lui en fit tomber, par maladresse, un gros morceau sur la partie antérieure du genou

droit. Il eut une plaie de la région prérotulienne et un épanchement très abondant au genou, 24 heures après. Le médecin du bord porta le diagnostic d'ulcère variqueux et fit un pansement antiseptique.

Quand nous voyons F..., le 6 août, le genou est dans le même état qu'au moment de sa première visite, le 19 mars 1897. Mais l'ulcération est plus vaste, plus large que la main ; ses bords sont nettement arrondis.

Nous le faisons entrer à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Demon que nous remplacions pendant les vacances. Même traitement que l'année dernière.

Le 1er octobre 1898, le genou est en voie de guérison ; l'ulcération est presque complètement cicatrisée ; il reste encore du liquide dans l'articulation.

Nous le perdons de vue le 25 octobre. La plaie est refermée, mais le liquide n'est pas encore totalement résorbé, malgré ce long traitement ; F... est cependant assez guéri pour s'embarquer de nouveau.

Observation II. — *Arthropathies syphilitiques des articulations sterno-claviculaires chez une syphilitique héréditaire.* — Andréa L..., âgée de 15 ans, se présente à l'hôpital des enfants, avec une tuméfaction de la région sterno-claviculaire, le 18 septembre 1896, pendant que nous remplaçons le prof. Piéchaud.

A première vue, la lésion simulait une tumeur blanche, mais la bilatéralité des lésions nous engageait à pousser plus loin notre examen.

Nous apprenions ainsi, que le père de cette jeune fille avait abandonné plusieurs fois sa femme et était revenu quelques années avant la naissance de la malade, avec « du mauvais mal ». La mère paraît avoir été personnellement indemne de tout accident, mais elle a eu trois fausses couches successives, dont la dernière, vers le 7e mois donna naissance à un fœtus macéré. C'est un an environ après cet accident qu'Andréa L... vint au monde. Celle-ci fut toujours souffreteuse, difficile à élever. Elle est actuellement très grande, mais beaucoup trop mince pour sa taille. Elle n'est pas encore formée. Ses deux incisives médianes de la mâchoire supérieure ont une échancrure semi-lunaire de leur bord libre. En outre, leur face antérieure présente des stries formant des cannelures horizontales dont les intervalles correspondent à des encoches sur le bord de la dent. Les deux canines sont très atrophiées, surtout la gauche. Si les caractères sont moins nets à la mâchoire inférieure, c'est que toutes les dents y sont en mauvais état et que leur forme est méconnaissable.

Il y a un peu plus d'un an, notre malade ressentit des douleurs assez vives dans les clavicules et dans les épaules. Elles survenaient surtout le soir et furent attribuées à la fatigue de la journée, chez une enfant surmenée déjà par sa croissance anormale. Il y a dix mois environ, la mère remarqua que la partie interne des deux clavicules augmentait de volume. Elle consulta un médecin qui prescrivit une pommade jaune et deux cuillerées d'huile de foie de morue par jour. Andréa L... suivit ce traitement pendant six mois environ et, malgré cela, le mal resta stationnaire. Depuis quelques semaines la lésion a augmenté et c'est ce qui a décidé ses parents à venir nous consulter.

Le 18 septembre, nous constatons une tuméfaction des deux articulations

sterno-claviculaires, surtout marquée à gauche où elle atteint le volume d'un petit œuf ; la peau n'a pas subi de changements notables de coloration, cependant le réseau veineux superficiel est anormalement développé. Pas de douleur vive à la pression ; les mouvements de l'épaule se font librement. Par la palpation, on sent que les extrémités osseuses (surtout les extrémités claviculaires) sont très épaissies. La tumeur elle-même est molle, fluctuante, adhérente à l'os. S'il n'y avait les antécédents de la malade et la symétrie des articulations frappées, nous aurions pensé, sans hésiter, à une tumeur blanche. Mais, pour les deux raisons précédentes le traitement suivant fut institué : sirop de Gibert, deux cuillerées ; IK, deux grammes par jour.

Le 5 octobre, l'amélioration est des plus nettes et, malgré une légère éruption d'acné due sans doute à l'iodure, nous continuons le traitement.

Le 19, la tuméfaction a disparu. Il ne reste plus qu'un gonflement de la partie interne des deux clavicules.

La guérison s'était maintenue à la fin de novembre 1896, quand nous avons revu la malade pour la dernière fois.

La première de nos observations est tout à fait classique. C'est la forme qu'on a désignée sous le nom *d'ostéite avec épanchement et infiltration gommeuse de la synoviale.* Il ne saurait y avoir de doute sur l'étiologie de cette arthropathie. Le malade était nettement un syphilitique héréditaire ; il avait eu des manifestations de la diathèse pendant toute son existence. L'infection était même si profonde chez lui que c'est à l'influence de la vérole qu'était due, sans doute, la malformation (luxation congénitale des deux hanches) qu'avait présentée son enfant. La syphilis semble donc s'être manifestée pendant trois générations.

Le deuxième cas était d'un diagnostic moins net. Quand la malade s'était présentée à nous, nous avions pensé d'abord à une ostéite tuberculeuse ayant envahi l'articulation sterno-claviculaire. Cependant les antécédents de cette jeune fille, la bilatéralité des lésions et l'indolence presque absolue des points osseux malades nous firent instituer le traitement spécifique. Le résultat thérapeutique si rapidement obtenu venait encore confirmer notre diagnostic. Il s'agissait néanmoins d'un cas difficile et, à un examen superficiel, beaucoup de faits de ce genre doivent être pris pour des arthrites tuberculeuses.

Dans nos deux observations, l'arthropathie est survenue pendant l'adolescence. C'est là un fait intéressant. La plupart des cas d'arthropathies syphilitiques qui ont été publiés se sont développés pendant les premières années de l'existence. Or, il importe de savoir que l'articulation peut être frappée beaucoup plus tard. Gressent (1), Ranguedat (2), Méricamp (3), etc., ont cité des faits analogues. Il est probable que, pendant l'adolescence, les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire sont souvent méconnues. On pense plutôt, à cet âge, à la tuberculose ou au rhumatisme qu'à la vérole.

(1) Gressent. Th. de Paris, 1874.
(2) Ranguedat. Th. de Paris, 1883.
(3) Mericamp. Th. de Paris, 1882.

Pour Robinson, on rencontre, chez le nouveau-né surtout, des lésions épiphysaires; de 8 à 12 ans, on a plutôt affaire à des épanchements symétriques; chez l'adulte, on voit le plus souvent se développer des gommes au niveau de la rotule et de l'olécrâne en même temps que l'arthropathie.

Nous insisterons, à propos de notre première observation, sur la longue durée des accidents et sur le nombre des récidives. C'est à 18 ans, chez cet homme, qu'est apparue la première manifestation franchement articulaire, puis, pendant plus de dix ans, il a de nouvelles poussées pendant lesquelles ses deux genoux se prennent successivement. Un malade de Méricamp avait eu, à cinq ans, sa première manifestation articulaire ; à 28 ans, l'arthropathie avait récidivé.

C'est que presque toujours, dans l'arthropathie syphilitique, c'est l'os qui est primitivement atteint. Dans nos deux observations, il y avait eu des douleurs vives dans les os voisins des articulations qui devaient être frappés et, lorsqu'on examinait les malades pendant que l'arthropathie était à son minimum, on constatait des lésions osseuses profondes. Il est vrai que Clutton (1) a décrit, sous le nom de synovite symétrique des genoux dans la syphilis héréditaire, une forme rare, survenant aux environs de 13 ans et caractérisée par une hydarthrose double, indolente, avec intégrité des os voisins de l'article. Mais, comme le dit Fournier, qui n'a jamais vu la forme décrite par Clutton, « on voit la grosse lésion, l'hydar- « throse et l'on risque, sauf à un examen minutieux, de ne pas voir la lésion « véritable, à savoir, la lésion osseuse, qui, de fait, est beaucoup moins « apparente ». Par contre, il existe une autre forme dans laquelle les lésions osseuses sont énormes, dans laquelle les ostéophytes exubérants « bourgeonnent à l'aventure ». C'est l'ostéo-arthropathie hyperostosique, bien étudiée par Defontaine (2). Entre ces deux types extrêmes prennent place la plupart des observations. Nos deux malades étaient dans ce cas.

(1) CLUTTON. Symmetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis. *Lancet*, février 1886.

(2) DEFONTAINE. *De la syphilis articulaire.* Th. de Paris, 1882.

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE

SANS RÉACTION GANGLIONNAIRE

Par le Dr **Angelo Bennati**, (de Ferrare).

Palmine C.., âgée de 24 ans, femme de constitution robuste, de bonn santé habituelle et sans antécédents ni héréditaires ni personnels, contracte la syphilis de son mari en 1894, alors qu'elle était enceinte de huit mois

Cette syphilis, que j'ai observée depuis 1896, s'est traduite par des manifestations qu'on peut résumer de la façon suivante :

Chancre induré à la grande lèvre gauche en septembre 1894; à échéance normale, une roséole très confluente avec état général grave : fièvre, faiblesse, pâleur excessive, lassitude continuelle, céphalée frontale intense, douleurs dans les membres.

Un mois après, apparition sur la peau des bras, des cuisses et des jambes, d'une éruption abondante de grosses pustules, qui se rompent et sont remplacées par des croûtes brunâtres, épaisses qui recouvent des ulcérations peu profondes, rouges et saignantes. Les phénomènes généraux s'accentuent : la malade s'amaigrit de jour en jour.

Elle est vue pour la première fois, en mai 1895, par le médecin, qui lui fait prendre des pilules de sublimé corrosif, pendant deux mois, et iodure de potassium.

A la suite de ce traitement, la malade paraît s'améliorer peu à peu. Mais au mois de septembre, une nouvelle poussée éruptive survient sous la forme de nodosités du volume d'une noisette ou d'une noix, pour la plupart disséminées sur les membres, dures et saillantes.

Ces nodosités ne tardent pas à se ramollir et à s'ulcérer, donnant lieu à des pertes de substance profondes, sécrétant abondamment.

L'état général de la malade s'aggrave de nouveau : elle ne peut plus se tenir debout ; on administre alors encore de l'iodure et, en même temps, de l'huile de foie de morue.

Nouvelle amélioration de l'état général et des lésions de la peau. Cependant, dans les premiers jours de janvier 1896, se produit une autre recrudescence de la maladie, avec de nouvelles tumeurs identiques aux précédentes, qui se disposent en groupes et pendant plusieurs mois récidivent incessamment.

La malade ne quitte plus le lit : ses souffrances sont incroyables. Néanmoins elle ne pense pas à se traiter davantage et supporte tout avec nonchalance, n'ayant plus l'énergie de lutter contre ce qui peut lui nuire.

Enfin, le 10 novembre 1896, elle se décide à entrer à l'hôpital de Ferrare.

A ce moment, elle présente une pâleur excessive du visage et des autres régions de la peau, une dénutrition profonde, effrayante. Son poids est réduit à 34 k. 700. A l'examen de la peau on relève :

1° Des ulcérations gommeuses au cuir chevelu, au front, au coude et au poignet gauche, à la région malléolaire externe gauche, à la face dorsale

des pieds, et, semées au hasard, sur les cuisses et les jambes. De ces ulcérations, les unes sont ovalaires, les autres circulaires (*mono*, *bi* ou *polycycliques*) ; quelques-unes planes, non excavées ; d'autres profondes, nettement entaillées, à bords saillants, durs, taillés à pic, à fond bourbilonneux, irrégulier ; d'autres enfin, comme celle du pied droit, avec tendance au phagédénisme.

2° Une ostéo-périostite gommeuse du tibia gauche (face antérieure, 1/3 inférieur).

3° Une tumeur gommeuse de l'avant-bras gauche, saillante, rouge, douloureuse à la pression, de la grandeur d'une noisette.

4° De nombreuses cicatrices disséminées sur les membres ; les unes rondes, déprimées, blanches de couleur, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, sont, au dire de la malade, le reliquat de l'éruption pustuleuse ; les autres, dues aux gommes préalables, varient entre elles d'aspect et de dimensions. Les plus récentes sont d'un rouge foncé, les plus anciennes roses ; les unes sont déprimées, les autres au contraire planes ou même saillantes.

Malgré ces lésions nombreuses et si intenses, l'appareil lymphatique est très peu touché. Dans les aines, c'est à peine si l'on peut constater 4 ou 5 petits ganglions. Pas d'adénopathie cervicale, pas d'adénopathie sous-maxillaire. L'exploration faite avec soin de tous les autres ganglions superficiels donne également un résultat négatif. La malade déclare que dans les premiers temps de sa maladie, elle n'a jamais constaté l'existence de tuméfactions ganglionnaires.

Pas d'accidents du côté des muqueuses (bouche, anus, organes génitaux). Rien à l'examen des viscères et du système nerveux.

La malade n'a pas eu ses règles depuis le mois de juin 1895. Elle a de la fièvre, qui atteint le soir 38° à 38°,5. Chaque mouvement dans le lit lui cause des douleurs très vives, provoquées par le frottement des points malades. Les ulcérations suppurent abondamment. Malgré tout, elle a un très bon appétit.

Je la soumets à une alimentation surabondante. Pansement des ulcérations avec l'emplâtre de Vigo. A l'intérieur, sirop de fer et iodure de potassium de 1 à 10 grammes, en augmentant de 0,50 par jour. Quinze jours après, l'état de la malade s'est déjà amélioré. Elle peut s'asseoir sur son lit et les mouvements sont peu douloureux. La suppuration des plaies est beaucoup moindre. Le poids est de 39 k. 200.

J'ajoute alors au traitement précédent les injections intramusculaires de sublimé pratiquées tous les deux jours. L'amélioration des lésions ulcéreuses et de l'état général est de plus en plus sensible.

Le 1er décembre, la malade quitte le lit, pour la première fois depuis plusieurs mois. Son aspect est complètement transformé. La tuméfaction de l'avant-bras s'est ouverte, donnant issue à un bourbillon gommeux.

Le 10 décembre, poids 45 k. 100. La malade marche autour de la salle avec des béquilles.

25 décembre. Poids 47 kilog. Toutes les syphilides sont cicatrisées, à l'exception de celle de la face dorsale du pied droit. La malade a quitté les béquilles et marche avec une canne.

15 janvier 1897. Les lésions gommeuses sont toutes complètement guéries. Cependant l'aménorrhée persiste. Poids 48 k. 500. On administre les tabloïdes d'ovarine Merck; injections de sublimé ; iodure de potassium 10 gr. ; huile de foie de morue.

25 février. Les règles ont reparu. L'état de la malade est aussi satisfaisant que possible. Poids 51 k. 300.

Le 6 avril, la femme sort de l'hôpital : elle pèse 53 k. 800.

Depuis lors, la malade a été toujours en très bon état; les fonctions menstruelles sont régulières; pas de récidives d'accidents syphilitiques. On poursuit, pendant tout ce temps, le traitement spécifique, avec les pilules de protoiodure de mercure et l'iodure de potassium, selon la méthode chronique intermittente de Fournier.

L'histoire clinique de cette malade montre que sa syphilis a présenté les caractères d'une infection intense, suraiguë. Sans parler des troubles graves du côté de la santé générale, l'éruption spécifique suffit à dénoter, dans ce cas, la malignité de la maladie. En effet, nous voyons les éléments de la roséole secondaire céder bientôt la place à d'autres lésions appartenant par leur constitution à la période tertiaire, à des syphilides ecthymateuses, destructives, ulcéreuses, ressemblant entièrement aux syphilides si bien décrites en particulier par Dubuc (1) et Ory (2). Ce tertiarisme précoce se manifeste, dans le cas présent, aussi sous d'autres formes. C'est ainsi que nous voyons survenir, un an après le début de la contagion, des gommes multiples, dont les poussées se succèdent avec une insistance désespérante, donnant au processus le type de la syphilis grave continue. Cette série d'assauts redoutables entraîne nécessairement chez la malade une dénutrition et un amaigrissement profonds, une véritable cachexie. La perte considérable de poids, qu'elle présentait à son entrée à l'hôpital, faisait apprécier assez bien l'intensité de ce mouvement de dénutrition. Il y eut entre temps des périodes d'amélioration générale par l'effet du traitement; mais, à chaque nouvelle poussée de la maladie, l'action dénutritive de la syphilis reparaissait, pour affaiblir de nouveau la malade.

Somme toute, le diagnostic de « syphilis maligne précoce » s'impose dans notre cas.

Mais quelle est la cause qui a déterminé cette syphilis à se manifester sous une forme aussi précocement et exceptionnellement grave? Est-ce qu'il faut accorder, à ce propos, quelque importance au peu de développement des adénopathies noté chez notre malade ?

En effet, on sait que, d'après M. Augagneur (3), les ganglions lymphatiques ont un rôle de protection vis-à-vis de la syphilis ; c'est-à-dire, que les sujets qui ont des adénopathies intenses seraient mieux protégés contre les divers accidents et manifestations de la maladie que ceux qui

(1) DUBUC. *Des syphilides malignes précoces*. Thèse de doct., Paris, 1864.

(2) ORY. *Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces*. Thèse de doct., Paris, 1876.

(3) AUGAGNEUR. Signification et pronostic de l'adénopathie syphilitique à la période secondaire. *Annales de dermatologie*, 1895.

en ont peu ou pas. La question, remise à l'ordre du jour par Landouzy, dans une des dernières séances de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, est encore à l'étude et sa solution demande de nombreuses observations.

Il est certain que cette absence d'adénopathies, que nous avons constatée chez notre femme, est très fréquente dans les syphilis malignes, ce qui semblerait appuyer la théorie de la défense ganglionnaire de l'organisme. Mais nous savons aussi bien, qu'il y a des syphilis graves depuis le début, qui coïncident avec des adénopathies considérables, de même qu'on voit souvent des cas où l'appareil lymphatique est très peu touché, et où la syphilis (alors même qu'on peut suivre les malades pendant plusieurs années) reste très légère. Chaque malade paraît donc réagir d'une façon différente suivant l'état de son système ganglionnaire.

D'ailleurs, si nous analysons les cas de syphilis maligne sans adénopathies au point de vue de l'étiologie, nous y trouvons presque toujours quelqu'un des facteurs habituels de gravité de la syphilis. Exemple : le sujet que M. Landouzy a présenté dernièrement à la Société de dermatologie « était fortement entaché d'éthylisme ». Et aussi dans les observations de ce genre recueillies autrefois par Brocq, les malades sont presque toujours alcooliques.

L'alcoolisme est peut-être la cause que l'on rencontre le plus souvent, dans les syphilis malignes précoces. Il exagère les manifestations cutanées et favorise les formes dépressives, dénutritives, la syphilis cérébrale précoce. Dans notre cas, il ne peut pas être invoqué comme facteur de gravité de la vérole, parce que la malade, qui était très pauvre, buvait presque toujours de l'eau. Néanmoins nous constatons ici d'autres causes, dont il faut tenir grand compte, en raison de leur influence incontestable sur l'évolution de la syphilis, à savoir :

1° La misère, dans laquelle cette femme vécut avant et pendant sa maladie, jusqu'à son entrée dans l'hôpital.

2° L'état de grossesse où elle se trouvait lors quelle contracta la syphilis.

3° L'absence du traitement, qui, commencé trop tard, fut tout à fait insuffisant, pendant les deux premières années de la maladie, surtout en ce qui concerne le mercure.

L'état de grossesse pourrait, en outre, expliquer aussi le peu de développement des adénopathies de notre malade. En effet, M. Fournier a, depuis longtemps, confirmé l'observation faite autrefois por Ricord, que le retentissement ganglionnaire est faible dans les cas de phagédénisme et de grossesse.

En somme, le cas présent, s'il témoigne de l'absence fréquente des adénopathies dans les syphilis malignes, n'autorise pas à tirer des conclusions sur le rôle défensif et atténuateur des ganglions dans la syphilis.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1898

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal. — Sur la culture du bacille du chancre mou, par M. JULLIEN. — A propos des rapports du pemphigus foliacé avec les altérations osseuses, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas de déformations cicatricielles de la voûte palatine, de la langue, du nez et des paupières survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle intercurrent, par MM. GALIPPE et HALLOPEAU. (Discussion : MM. MOTY, FOURNIER.) — Sur deux cas de dermatoses en ruban d'une extrémité inférieure, par MM. HALLOPEAU et CONSTENSOUX. — Chancre mou phagédénique des mollets, par MM. FOURNIER et LŒPER. — Chancres mous confluents du scrotum, par MM. FOURNIER et LŒPER. — Un cas de maladie de Paget, par MM. GRISEL et P. SALMON. — Sur une lésion papuleuse d'origine sudoripare probable, par M. AUDRY. — Syphilis héréditaire ; gomme ulcérée de la jambe ; fracture spontanée du tibia, faisant saillie hors de la plaie depuis 6 mois, sans réaction sensible, chez un Kabyle, par M. L. RAYNAUD. — Sur les vernis à la caséine, par M. J. DARIER. — Traitement de la pelade par l'irritation simple aseptique, par M. JACQUET. (Discussion : MM. SABOURAUD, JACQUET, BALZER, BESNIER.) — Glossite syphilo-épithéliomateuse, par M. A. FOURNIER. (Discussion : MM. GASTOU, DARIER, RENAULT, LEREDDE, JULLIEN, HALLOPEAU, FOURNIER.) — Syphilide pigmentaire du cou chez l'homme, par M. DANLOS. — Vergetures syphilitiques, par M. DANLOS. — Dystrophie unguéale généralisée (2e présentation), par MM. COLLINEAU et G. THIBIERGE. — Urticaire pigmentée, par MM. BALZER et MONSSEAUX. (Discussion : MM. LEREDDE et BALZER.) — Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée, par MM. BALZER et MONSSEAUX. (Discussion : MM. BROCQ, BESNIER, BALZER.)

Ouvrages offerts à la Société.

P. COLOMBINI. — *Prime ricerche sulla tossicita urinaria in alcune dermatosi.* Extr. : *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897. — *Della diffusibilita del processo blennorragico dall' uretra anteriore alla posteriore e di uno nuova canula.* Extr. : *Morgagni,* 1897.

TARTARO. — *Alcune osservazione su 150 casi di sifilide recenti.* Palerme, 1898.

M. ZURIAGA. — *Es o no es contagiosa le lepra.* Valence, 1897.

JEAN BERNARD. — *Étude sur le syringo-cystadénome.* Th. Paris. Jouve, 1897.

M. LE PRÉSIDENT fait hommage à la Société du portrait du Dr Zambaco Pacha, de Constantinople, premier bienfaiteur de la Société. Ce portrait sera placé dans la salle des séances.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Sur la culture du bacille du chancre mou.

Par M. JULLIEN.

A l'occasion du procès-verbal et des travaux communiqués à la dernière séance par M. Lenglet, je tiens à faire connaître les études faites en 1897 dans mon service et mon laboratoire sur la culture du strepto-bacille de Ducrey par M. Maréchal, auquel j'en laisse à la fois l'honneur et la responsabilité.

Cette culture a été toujours et facilement obtenue sur du sérum additionné de liquide d'ascite. Le strepto-bacille se développe en 10 heures sous forme d'un pointillé grisâtre, et se reproduit indéfiniment. On peut même obtenir cette reproduction par repiquage sur gélose pure.

Ces études ont été poursuivies dans plusieurs cas cliniques et nous ont éclairés notamment dans le cas d'une malade qui nous avait été envoyée avec le diagnostic de syphilides ulcéreuses et qui portait un nombre considérable de chancres mous.

Toutes les personnes qui m'ont fait l'honneur de visiter mon service et mon laboratoire ont pu voir les cultures et les préparations ; je dépose sur le bureau de la Société deux reproductions photographiques des préparations de ces cultures pures.

Je dépose également une courte note de M. le Dr Maréchal relatant ces observations. Je serai plus réservé sur les expériences de l'auteur relativement à l'inoculation de ces cultures aux animaux. Il a pu s'assurer que ces cultures à la dose de 3 à 6 centimètres cubes dans le péritoine étaient mortelles pour le cobaye en quelques heures.

M. DARIER. — Il est impossible de juger la valeur des cultures de M. Maréchal d'après la communication à M. Jullien. Le micro-organisme dont on nous présente des photographies n'a aucun des caractères du strepto-bacille de Ducrey-Unna. M. Jullien, ni M. Maréchal n'ont recherché ni obtenu la reproduction du chancre mou au moyen de ces cultures, il n'y a donc aucun moyen de contrôle.

M. BROCQ. — Pas plus que notre collègue et ami M. Darier, je ne trouve dans la communication de M. Jullien quelque preuve de la valeur du bacille cultivé par M. Maréchal, au point de vue du chancre mou.

A propos des rapports du pemphigus foliacé avec les altérations osseuses.

M. HALLOPEAU cite une observation prise dans le service d'Audry

et publiée par Lansac dans sa thèse inaugurale. Cette maladie y a coïncidé avec le développement d'une scoliose très prononcée; elle est interprétée par l'auteur en faveur de la théorie tropho-névrotique de ces altérations.

Sur un cas de déformations cicatricielles de la voûte palatine, de la langue, du nez et des paupières survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle intercurrent.

Par MM. Galippe et H. Hallopeau.

L'interprétation des stigmates multiples qui existent chez cette femme serait impossible si l'on n'était pas renseigné sur ses antécédents .

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Biedert, médecin en chef de l'hôpital d'Haguenau, la communication d'une note qu'il a publiée relativement à cette personne dans le numéro 4 de l'année 1886 de la *Deustche medicinal Zeitung*. Elle nous donne la clef de cette énigme.

Guérison d'un sarcome étendu de la face chez un enfant, à la suite d'un érysipèle. — Il y a deux ans, on me présenta une fillette de 9 ans, chez laquelle l'examen révélait la présence d'un sarcome de l'amygdale gauche, ayant le volume d'un œuf de poule et plongeant profondément dans le pharynx. Surmon conseil, l'enfant fut conduite au près du professeur Lücke, de Strasbourg, en vue d'une opération. Cette opération n'eut pas lieu, car, la mère ayant exigé la déclaration formelle que l'opération sauverait la vie de sa fille, le professeur Lücke ne crut pas naturellement pouvoir faire une pareille affirmation.

La mère partit avec son enfant, et quelque temps après, je reçus la nouvelle assez surprenante que la tumeur avait guéri. Je pus me convaincre *de visu* que la plus grande partie de la tumeur seule avait disparu, et qu'il en restait un petit fragment ulcéré sur l'emplacement de l'amygdale gauche.

Il y a trois mois environ, l'enfant me fut ramenée dans un état épouvantable. La tumeur avait envahi toute la moitié postérieure de la cavité bucco-pharyngée, et avait attaqué la langue dont la moitié gauche, en particulier, était transformée en une masse ulcérée faisant saillie entre les lèvres. Des amas néoplasiques s'étaient également développés dans l'espace naso-pharyngien, se portant en avant sur les ailes du nez, sur les côtés vers l'os malaire jusque sous la peau ; traversant les os en cheminant à travers les canaux nasaux, la tumeur était arrivée jusque dans les angles internes des yeux ; l'œil droit était enfoui dans une masse fongueuse remontant jusque sur les paupières.

Depuis des semaines, l'enfant luttait contre de nombreux accès d'asphyxie, menaçant de déterminer la mort; l'alimentation était devenue très difficile.

L'enfant entra à l'hôpital le 13 novembre dans un état qui laissait peu d'espoir, et fut isolée à cause de l'odeur infecte qui se dégageait de sa cavité buccale ulcérée. Une dyspnée intense l'empêchait de rien prendre. Le 14 novembre, on fit la trachéotomie d'urgence au cours d'un accès d'asphyxie suraiguë.

Pour continuer le traitement et la mieux surveiller, la petite malade fut placée dans un local où avait, peu de temps avant, séjourné un malade atteint d'érysipèle de longue durée. Le lit avait été, bien entendu, désinfecté à la vapeur et la literie renouvelée.

Dans l'après-midi du 17, apparut un érysipèle, non pas au niveau de la plaie trachéale, mais au niveau de la tumeur ulcérée de l'œil droit; la température dépassa 40°. L'enfant fut de nouveau isolée. Je ne prescrivis aucun traitement spécial, avec l'idée que cette maladie intercurrente pourrait débarrasser l'enfant d'une existence épouvantable, et puis aussi pour voir quel effet l'érysipèle pourrait bien exercer sur le néoplasme.

Cet effet se produisit d'une façon qui surpassait les prévisions les plus téméraires. Du 17 au 23 novembre, date à laquelle la fièvre provoquée par l'érysipèle disparut, on vit fondre les masses néoplasiques en tous les points. Dès lors, la physionomie, auparavant si altérée, ne présente plus rien d'anormal. Les yeux sont sains. On voit seulement quelques cicatrices sur les paupières et les ailes du nez, là où la tumeur avait perforé la peau. La langue, dont une moitié a disparu, est recourbée par une bride cicatricielle; dans le pharynx se voient des productions purement cicatricielles: le voile du palais perforé est soudé à la paroi pharyngée postérieure ; les piliers sont soudés à la langue.

Le 27 novembre (13 jours après l'opération), on enlève la canule trachéale. La respiration, la déglutition, la phonation sont normales : l'enfant a un appétit excellent et le 9 décembre sa mine est superbe.

Dans la cicatrice de la paupière supérieure droite, il restait encore un petit nodule du volume d'un pois. Le nodule fut enlevé et examiné au point de vue histologique. Il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire très vascularisé, avec cellules de moyenne grandeur et noyaux en voie de multiplication.

Un nodule semblable subsistait également dans la cicatrice nasale, et fut extirpé quelques jours après.

En ce qui concerne le mode de curation, deux hypothèses sont seules admissibles : ou bien, les micro-organismes de l'érysipèle et les modifications sanguines par eux produites ont directement détruit le tissu sarcomateux ; ou bien, ils ont tué le microbe pathogène encore méconnu du sarcome, ce qui a rendu possible les modifications néoplasiques observées. Mais combien ce dernier processus exigerait un certain temps (qu'on se rappelle comme les noyaux tuberculeux peuvent survivre longtemps à des bacilles morts), il me semble que la disparition extraordinaire de la tumeur doit, dans ce cas, être expliquée par la première hypothèse (1).

Suite de l'observation précédente. — Cette malade est entrée dans le ser-

(1) Cette traduction a été faite par le Dr Chrétien que nous prions de bien vouloir agréer nos remerciements.

vice de l'un de nous à l'hôpital St-Louis, d'abord au mois d'avril dernier pour un eczéma des avant-bras, puis, en novembre, pour une syphilis contractée dans l'intervalle ; elle présente des altérations qui, d'après les faits précédents, doivent être considérées comme les stigmates consécutifs aux tumeurs dont elle a été atteinte il y a douze ans :

1° Une cicatrice occupe l'angle interne de l'œil droit. On ne trouve plus le point lacrymal supérieur ; l'inférieur est normal. Le lac lacrymal est complètement caché. L'ouverture palpébrale se trouve rétrécie par cette cicatrice qui comprend tout l'intervalle séparant la commissure du bord externe du nez. Une cicatrice semblable, mais beaucoup plus petite, existe symétriquement, mais sans intéresser les voies lacrymales, à la commissure interne des paupières du côté gauche.

2° Le nez est dévié du côté gauche, et l'on trouve sur l'aile gauche une cicatrice verticale de 1 centim. et demi ; la narine correspondante est en état d'athétose.

3° Du côté de la bouche, le maxillaire inférieur est normal.

Le maxillaire supérieur et la voûte palatine sont fortement rétrécis, la voûte est transformée en une gouttière d'apparence réticulaire, blanche, cicatricielle.

L'arcade dentaire, épaissie en arrière, présente, de chaque côté, deux grosses molaires implantées côte à côte de telle sorte que l'une d'entre elles repose en dedans de l'autre sur la voûte palatine ; ces deux dents sont très rapprochées, et l'arcade dentaire paraît au premier abord circulaire.

La malade s'est déjà fait arracher plusieurs dents qui auraient été implantées jusqu'au milieu de la voûte palatine.

Les piliers antérieurs du voile du palais sont à peine reconnaissables, raccourcis, d'aspect cicatriciel ; la luette a disparu, et l'orifice du gosier est réduit à un pertuis arrondi par lequel on peut à peine engager l'index. On ne voit pas les piliers postérieurs.

Les parties postérieures des arcades dentaires supérieures sont réunies au palais par deux piliers qui paraissent limiter un peu l'écartement des mâchoires.

La langue présente, à l'union de son tiers postérieur et de son tiers moyen, sur son bord gauche, une cicatrice étoilée, qui la fait dévier fortement à gauche, quand la malade la propulse.

Enfin depuis l'ancienne maladie, il existe de la surdité à gauche, quoiqu'on n'ait trouvé aucun symptôme à cette époque, de ce côté.

Si l'on rapproche ces faits de ceux qui sont relatés dans l'observation de M. Biedert, on ne peut douter que ces déformations et ces cicatrices ne se soient développées consécutivement à la disparition des tumeurs sarcomateuses observées autrefois. Notre confrère nous dit en effet expressément qu'il *n'existait auparavant aucune altération des dents ni de la voûte palatine. Ausdrücklich will ist beifügen dass Missbildunden an Gaumen und Zähnen nicht vorhanden waren.* (Extrait d'une lettre du professeur Biedert.)

Il est inutile de nous arrêter à un diagnostic différentiel : il est des plus remarquables que ces altérations de la voûte palatine aient donné lieu à l'arrêt et au trouble de développement qu'indiquent, d'une part, l'atrésie si prononcée de la voûte palatine et surtout, d'autre part, ces si insolites implantations dentaires.

Il est un point sur lequel nous différons d'avis avec notre très honoré confrère de Haguenau, c'est l'interprétation de cette disparition des néoplasies sous l'influence de l'érysipèle intercurrent ; il nous paraît bien difficile qu'une inflammation aussi superficielle ait entraîné la disparition presque complète de néoplasies aussi volumineuses et profondes, si l'on en juge par les cicatrices qu'elles ont laissées ; nous nous rattachons donc à la seconde hypothèse formulée par M. Biedert, nous voulons dire celle d'une destruction par le microbe érysipélateux de l'agent infectieux encore indéterminé, qui doit avoir donné lieu à la production de ces sarcomes : les résultats qui ont été observés par l'un de nous dans le lupus et ceux auxquels sont arrivés Fehleisen et d'autres auteurs par des inoculations de cultures d'érysipèles dans des cas de tumeurs sarcomateuses ne peuvent laisser place à une autre interprétation ; on ne peut méconnaître que ces faits ne constituent une forte présomption en faveur de la nature parasitaire d'une partie des tumeurs sarcomateuses.

Nous résumerons ainsi les faits qui ressortent de cette étude :

1. Des tumeurs sarcomateuses multiples peuvent disparaître sous l'influence d'un érysipèle intercurrent.

2. Ce fait est en faveur de la nature parasitaire de variétés de sarcomes.

3. Les cicatrices laissées par ces sarcomes chez un jeune enfant peuvent amener un arrêt et un trouble dans le développement du squelette et particulièrement de la voûte palatine et des dents dont l'implantation devenait ainsi anormale et vicieuse.

M. Moty. — La disposition des dents chez cette malade n'est pas très rare, elle peut être due au développement récent de la dent de sagesse.

M. Fournier. — Les dents sont disposées ici d'une manière très régulière, et je ne crois pas que la tumeur ait joué un rôle dans cette disposition.

Sur deux cas de dermatoses en ruban d'une extrémité inférieure.

Par MM. H. Hallopeau et Constensoux.

Plusieurs cas d'éruptions analogues ont été présentés à la Société dans ces derniers temps, en particulier par MM. Thibierge et Danlos

ainsi que par l'un de nous ; un autre cas a été communiqué au Congrès de Moscou par notre membre correspondant le docteur Lindstrœm, de Kiew. Si nous croyons devoir appeler l'attention de la Société sur deux nouveaux faits de cette nature, c'est en raison, d'une part, de leur grande netteté, et d'autre part, des difficultés d'interprétation qu'ils soulèvent. L'un d'eux a déjà fait l'objet d'une communication de M. Balzer ; si nous le présentons de nouveau, c'est pour montrer l'identité de la localisation avec celle d'un autre malade.

Observation I. — *Éruption psoriasiforme en ruban.* — Le nommé R..., âgé de 28 ans est entré le 6 octobre 1898, salle Bazin, dans le service de M. Hallopeau. Cet homme qui ne présente, dans ses antécédents personnels, pas autre chose à mentionner que des signes d'éthylisme (pituites matutinales, troubles digestifs, cauchemars nocturnes) en rapport avec son métier de garçon de café, a vu en outre, vers le mois de mai 1897, apparaître, d'abord à la face postérieure du mollet gauche, les premiers éléments d'une éruption qui, en trois à quatre semaines, gagna la face postérieure de la cuisse du même côté. Cette éruption consistait alors en papules de quelques millimètres de diamètre aplaties, d'un rouge-brun ; elles s'accompagnèrent bientôt de douleurs assez vives et de prurit. Sous l'influence du grattage, quelques-unes des papules excoriées se recouvrirent d'une croûte brunâtre, mais la plupart présentaient des squames assez larges, blanchâtres, se soulevant et s'effritant si on les grattait, et laissant alors à découvert la surface d'un rouge franc, souvent saignantes, des plaques psoriasiformes. Les papules avaient d'ailleurs augmenté de largeur et d'étendue. Lorsque le malade qui, malgré l'usage de bains alcalins, voyait les lésions et les douleurs qui les accompagnaient augmenter, demanda, au mois d'avril 1898, à entrer dans le service de M. Balzer, on fit le diagnostic de psoriasis et on institua le traitement par l'huile de cade. Cependant on n'obtenait presque aucune amélioration ; on lui prescrivit, sans grand succès non plus, des bains électriques et, quand il sortit au mois de septembre de l'hôpital, il n'était pas guéri ; aussi demanda-t-il à y rentrer au mois d'octobre.

A ce moment, il présentait une éruption papuleuse, constituée par des éléments recouverts d'abondantes squames blanches et sèches, ayant, en un mot, les caractères du psoriasis, et qu'il est inutile de décrire en détails. Néanmoins une biopsie avec examen histologique fut pratiquée par M. Sabouraud.

L'intérêt de la lésion provenait surtout de la localisation : en effet, elle affecte la disposition d'une bande étroite, presque d'une ligne en certains points et qui s'étend du pli fessier jusqu'à la hauteur de la malléole. Son trajet est le suivant : elle commence au-dessous du pli fessier où elle figure une courbe à concavité supérieure, exactement parallèle à ce pli et longue d'environ 7 centimètres ; l'extrémité interne de cet arc de cercle paraît se recourber tout à coup pour changer de direction et descendre, d'abord verticalement, puis en obliquant légèrement en dehors, sur la face postérieure de la cuisse ; au niveau du creux poplité, elle

est plus rapprochée du bord externe que du bord interne de cette région, puis elle oblique en bas et en dedans et croise toute la face postérieure de la jambe, pour venir se terminer un peu au-dessus et en arrière de la malléole interne.

La largeur de cette bande varie, suivant les points, d'un à quatre centimètres environ.

Ajoutons, pour terminer, que le malade, soumis depuis son entrée dans le service au traitement par la chrysarobine, est actuellement amélioré, mais non pas guéri : les squames sont tombées, les téguments se sont affaissés, les démangeaisons sont plus rares et moins vives, les douleurs ont à peu près disparu, mais on en voit encore les lésions psoriasiformes.

Obs. II. — *Éruption lichénoïde en ruban.* — La nommée Louise T..., âgée de 27 ans, ménagère, est entrée le 6 décembre, salle Lugol, dans le service de M. Hallopeau. Cette femme raconte que, il y a 4 ans, elle vit apparaître sur la face postérieure du mollet droit quelques papules d'un rouge brun, lesquelles s'accompagnaient de prurit et dont plusieurs s'excorièrent par le fait du grattage. Ici, comme dans l'observation précédente, la lésion gagna, s'étendant sur ses deux extrémités supérieure et inférieure, conservant ses limites interne et externe et arrivant ainsi, au bout de un mois ou six semaines, à constituer, dans son ensemble, la bande que l'on retrouve encore maintenant et dont nous décrirons plus loin les limites.

Pendant longtemps, il n'y eut d'autre trouble fonctionnel que le prurit que nous avons déjà mentionné, et qui était d'ailleurs modéré ; aussi la malade se préoccupait-elle peu de son affection qu'elle négligea de montrer à aucun médecin et qu'elle traitait spontanément par de simples applications de vaseline.

Toutefois, depuis un an, elle a commencé à ressentir des douleurs spontanées, surtout nocturnes, s'accompagnant d'élancements au niveau des téguments altérés, alors que rien de semblable n'existait du côté gauche. C'est parce que ces douleurs ont persisté et même augmenté que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

On constate, à l'inspection, que la face postérieure du membre inférieur droit est le siège d'une éruption essentiellement constituée par des papules aplaties, de coloration brune pour la plupart, arrondies et de 3 à 6 ou 7 millim. de diamètre. Au creux poplité, on trouve des éléments plus gros, plus bruns, plus diffus, aux bords moins nets ; au niveau du mollet, les papules sont plus volumineuses, mais assez bien circonscrites ; ici, plusieurs ont été grattées et sont recouvertes d'une croûte brune ; dans ces deux régions, la peau avoisinant les papules est intéressée par la lésion épaissie, infiltrée, pigmentée. Au niveau de la cuisse, la peau est moins touchée, plusieurs des éléments sont recouverts de squames médiocrement abondantes et peu épaisses.

Ces lésions rappellent beaucoup par leur aspect celles du lichen plan.

Quant à leur répartition, elle est pour ainsi dire calquée sur celle de la précédente observation ; il nous faudrait exactement répéter les mêmes indications de trajet : elle en diffère en ce seul point qu'elle s'étend un peu plus haut, c'est-à-dire qu'à l'extrémité externe du petit croissant que nous avons mentionné au-dessous du pli fessier elle se

relève, au lieu de prendre fin, et monte sur la partie externe de la fesse droite jusqu'aux deux tiers de sa hauteur. La largeur de la bande ainsi constituée est ici encore à peu près identique à ce que nous avons déjà indiqué. Au niveau de la partie moyenne de la cuisse, il y a comme 2 lignes parallèles suivant une petite longueur.

Aux troubles fonctionnels déjà mentionnés (prurit, douleurs spontanées) ajoutons que, au niveau du creux poplité et du mollet, si on saisit en masse la bande de tissu malade, on provoque de la douleur. Enfin nous devons dire aussi que, depuis une quinzaine de jours, notre malade a vu apparaître sur le bord cubital de l'avant-bras droit, à quelques centimètres au-dessus de l'articulation du poignet, deux petits groupes de papules qu'elle dit identiquement semblables à ce qu'étaient au début celles du membre inférieur ; ces deux groupes ébauchent déjà une ligne parallèle à l'axe du membre.

A quelle cause est due la localisation si spéciale des lésions ?

De ces deux faits, le premier ressemble davantage à un psoriasis, le second à un lichen de Wilson.

Est-il certain que l'on ait affaire à l'une ou l'autre de ces dermatoses ? Malgré les apparences cliniques, nous croyons devoir rester, à cet égard, dans la réserve et attendre les résultats des biopsies.

L'idée d'une distribution fortuite doit être écartée, car l'identité de localisation dans les deux cas et la symétrie parfaite de ces deux trajets montrent qu'il y a là une répartition commandée par une disposition anatomique, mais la nature de cette disposition et de ce rapport est loin d'être évidente et plusieurs hypothèses peuvent se présenter à l'esprit.

1° La première remarque que l'on peut faire est celle-ci : le trajet indiqué correspond à peu près aux lésions du petit sciatique, de la partie initiale du sciatique poplité externe, de l'accessoire du saphène externe et de la partie inférieure du saphène externe; mais, *a*) ce trajet n'est pas rigoureusement identique, *b*) cette projection des troncs nerveux sur le revêtement cutané n'a rien de réel, ce n'est qu'un rapport anatomique et l'on ne voit pas en quoi le voisinage de ces troncs nerveux pourrait intéresser la peau des régions sus-jacentes, indépendantes d'ailleurs du territoire.

Ce que l'on observe dans le zona diffère essentiellement de ce que nous observons chez ces deux malades : il s'agit alors en effet d'efflorescences en bouquets qui sont disséminés sur le terrain animé, comme l'a si bien montré Brissaud, par des filets nerveux reconnaissant une même origine métamérique ; ici, au contraire, la sphère de distribution du petit sciatique n'est intéressée que suivant ces trajets linéaires.

2° Si on cherche à représenter le trajet indiqué par des filets nerveux cutanés, on arrive à reproduire une figure assez comparable en considérant successivement les filets fessiers du petit sciatique, certains

des filets cutanés de ce nerf distinés à la cuisse, certains des filets du saphène externe et de son accessoire. Mais, *a*) ce choix des filets est tout à fait arbitraire ;

b) Le trajet ainsi dessiné n'est pas encore rigoureusement identique à celui de nos lésions ;

c) Une modification limitée à certains filets nerveux, à l'exclusion de filets voisins issus des mêmes branches, est peu probable ;

d) Même dans ce cas on délimiterait ainsi une bande plus large que celle que nous avons en réalité et qui est en certain point bien près de représenter une simple ligne.

L'un de nous a formulé antérieurement, au sujet des nævi linéaires, l'hypothèse suivante : il s'agirait de troubles tropho-névrotiques qui se localiseraient sur les limites de la sphère de distribution de deux nerfs voisins (lignes de Voigt) : ces parties recevant des filets nerveux de deux origines différentes, les actions trophiques s'y additionneraient et il en résulterait ces hyperplasies dont ces deux malades nous offrent des exemples ; on peut objecter que le trajet de leurs lésions ne coïncide qu'imparfaitement avec les limites des zones de distribution attribuées aux nerfs des membres inférieurs, mais il n'est pas prouvé que ces zones soient actuellement déterminées d'une manière complète et exacte et, si notre hypothèse se confirme, nos faits pourront servir à les établir; cette interprétation nous paraît encore la plus vraisemblable : il s'agirait, en pareils cas, de néoplasies comparables aux nævi, n'en différant que par leur apparition tardive et s'en rapprochant par leur ténacité et leur résistance opiniâtre au traitement; on peut cependant se demander encore si le trouble de l'innervation ne fournirait pas seulement un terrain de culture favorable aux infectieux générateurs de ces deux dermatoses, le psoriasis et le lichen de Wilson. On peut invoquer en faveur de cette interprétation les faits incontestables dans lesquels un psoriasis vrai a affecté une distribution très analogue. Mais, en pareils cas, on trouve concurremment des éruptions psoriasiques multiples et disséminées ; il serait bien singulier que, chez les malades que nous vous présentons, cette bande représentant un trouble d'innervation trophique fournît seule un milieu susceptible d'être influencé par l'agent infectieux, mais, à cet égard encore, les résultats d'une biopsie pourront avoir une signification importante en nous permettant de savoir s'il s'agit ou non de l'une des deux dermatoses en question.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1. Les dermatoses en ruban occupant toute la longueur d'un membre semblent se localiser dans des territoires communs à deux nerfs voisins ;

2. Il s'ajoute vraisemblablement dans ces parties des actions trophonévrotiques ;

3. Ces éruptions peuvent être interprétées dans le sens de nævi *qui surviendraient tardivement ;*

4. Cette hypothèse est plus vraisemblable que celle d'un milieu favorable pour des infectieux pathogènes qu'un trouble dans l'innervation tropho-névrotique constituerait dans ces mêmes parties ;

5. Il y a lieu de rechercher histologiquement si ces dermatoses doivent être rapportées, soit à un lichen de Wilson, soit à un psoriasis anormalement papuleux, soit à une dermatose non encore classée et voisine des nævi verruqueux.

Chancre mou phagédénique du mollet.

Par MM. Alf. Fournier et Loeper.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est entré dans le service de M. le professeur Fournier pour une ulcération de la face postérieure de la jambe droite ayant tous les caractères d'une lésion syphilitique tertiaire : bords réguliers, circulaires, à l'emporte-pièce, fond anfractueux recouvert d'un pus assez épais, réaction périphérique légère et peu étendue. Les lymphatiques de la partie interne de la jambe n'étaient pas engorgés, et les ganglions de l'aine, répondant aux vaisseaux du membre inférieur, n'étaient point perceptibles.

Le malade affirmait n'avoir jamais eu de chancre induré et ne présentait aucune tare de syphilis héréditaire, mais il était porteur, depuis deux mois, au niveau du limbe préputial, d'une couronne de chancres mous absolument typiques.

Il racontait que la lésion de la jambe avait suivi de 15 jours environ celles de la verge, et qu'il s'était très probablement inoculé le pus chancreux au niveau d'une petite érosion, soit par grattage, soit même par simple frottement de son pantalon souillé. Il s'aperçut en effet qu'une petite écorchure prurigineuse qu'il portait à la jambe avait un jour changé complètement de forme et d'aspect, qu'elle était devenue cratériforme, jaunâtre, puis avait atteint en deux semaines les dimensions qu'elle présente encore actuellement.

L'hypothèse émise par le malade était parfaitement plausible ; il n'y avait qu'à la vérifier bactériologiquement.

Les produits de raclage de l'ulcère furent colorés par la méthode de Nicolle : ils renfermaient le bacille de Ducrey et quelques cocci sans caractères. Ce micro-organisme, un peu renflé aux extrémités, peu coloré à la partie moyenne, et présentant par places la disposition en chaînette, ne prenait pas le Gram. Inutile d'ajouter qu'il se retrouvait identique au niveau de la verge.

On n'osa tenter l'inoculation au bras, vu le phagédénisme de l'ulcération.

Nous étions donc bien en présence d'un chancre simple du mollet dont le phagédénisme rapide s'explique peut-être par l'éthylisme assez prononcé de notre malade.

Chancres mous confluents du scrotum.

Par MM. ALF. FOURNIER et LŒPER.

Le nommé C..., 25 ans, est entré dans le service pour des lésions ulcéreuses multiples du scrotum et de la verge.

Ces lésions ne sont pas toutes de même âge. Les premières en date remontent à 21 jours. Elles sont au nombre de deux et siègent sur la face dorsale du fourreau de la verge. Leur forme est circulaire, le fond aréolaire, l'induration nulle.

Le malade prit très probablement la gale en même temps que ses chancres. Toujours est-il qu'il dut subir la frotte peu de temps après leur début; 48 heures après, apparurent sur le scrotum et sur la face inférieure de la racine de la verge de nombreuses ulcérations, saillantes, simplement érosives, non anfractueuses, et très suintantes. Les ganglions de l'aine sont indolores, mais légèrement augmentés de volume, surtout à droite.

Aucune des lésions du scrotum n'avait l'aspect du chancre simple, la confluence était vraiment extraordinaire. On eût dit plutôt une éruption de syphilides érosives. Seule, celle qui siège à la racine de la verge était caractéristique et permettait de faire cliniquement un diagnostic que l'histoire racontée par le malade faisait pressentir.

L'examen bactériologique décela le bacille de Ducrey.

Quelques points sont à retenir de cette observation. C'est tout d'abord l'inoculation par la frotte à tout le scrotum d'un chancre simple de la verge, fait assez naturel d'ailleurs.

En second lieu, la ressemblance des lésions avec des syphilides secondaires.

Enfin l'absence de réaction douloureuse dans les aines dont les ganglions légèrement augmentés de volume, petits, mais très durs, reproduisent le syndrome de la pléiade de Ricord.

Un cas de maladie de Paget.

Par MM. GRISEL et PAUL SALMON.

OBSERVATION CLINIQUE. — Femme de 54 ans. Début, il y a un an, par une ulcération du mamelon, pas de douleurs. Depuis 4 mois, rétraction du mamelon et apparition de douleurs dans le rein, irradiant vers l'épaule et le bras. État actuel : ulcération du mamelon, croûteuse, séro-purulente, de coloration rouge vif. Le mamelon a disparu, mais ne semble pas faire corps avec la tumeur du sein, tumeur située à une certaine distance de l'ulcération de la peau. Ce noyau est continué vers l'aisselle par un cordon induré, adhérent à la peau. Intervention chirurgicale ; ablation du sein et de ganglions axillaires.

Examen histologique, par P. Salmon. —Ulcération caractéristique. Nature

de cette ulcération, ses rapports avec la tumeur du sein : ulcération précancéreuse. Corps de Darier. Plasmome et mastzellen ; réaction du tissu conjonctif péricancéreux.

La maladie de Paget présente à la fois un type clinique très net, de diagnostic facile dans notre cas (ulcération superficielle accompagnée de tumeur du sein), et un type anatomo-pathologique non moins précis, non moins exact. De plus, il est intéressant, pour la pathogénie du cancer, de voir évoluer successivement la lésion cutanée, bénigne en apparence, puis profondément, l'épithéliome envahissant, néoplasie maligne.

Une coupe d'ulcération du mamelon examinée à un faible grossissement, présente un aspect absolument caractéristique, et que l'on ne retrouve dans aucune autre affection.

La figure 1 de la thèse de Wickham reproduit parfaitement la lésion. Ce qui fait de l'ulcère de Paget, un ulcère typique, c'est (non pas les corpuscules réfringents, corpuscules hyperchromatiques, décrits comme psorospermies, que l'on peut retrouver dans plusieurs variétés d'épithéliomes pavimenteux, dans la maladie de Darier, et dans d'autres affections de la peau), c'est la disposition désordonnée des cellules de l'épiderme, l'hypertrophie de ces cellules et l'espace clair qui sépare le protoplasme décollé de l'enveloppe cellulaire. Nous n'insisterons pas sur les détails de structure histologique qui ont été décrits avec précision par Darier et Wickham.

On a discuté sur la nature de l'ulcération du mamelon. S'agit-il d'un épithéliome? Pour nous, il ne saurait y avoir de doute. L'hypertrophie de tous les éléments de la cellule, la propagation du type épithélial dans la profondeur, suffisent à démontrer qu'il s'agit là d'une ulcération épithéliomateuse superficielle.

Cependant, l'observation clinique de notre cas, ainsi que les coupes histologiques démontrent l'indépendance topographique de l'ulcère par rapport à la tumeur. Mais il y a identité de structure anatomique, cellulaire, entre les cellules épithéliomateuses de l'ulcération, et les cellules de la tumeur et des ganglions de l'aisselle. On retrouve, en ces trois points, les mêmes éléments à protoplasme décollé, les mêmes corps cellulaires hypertrophiés encadrés par un ou par deux noyaux de la cellule voisine refoulée. Ganglion et tumeur sont de même nature que l'ulcération, et ce fait démontre que l'ulcération est bien la lésion originelle, primordiale.

La recherche de la réaction de Brault (glycogénèse dans les cancers) confirme le fait. On retrouve après emploi de l'iode les mêmes croissants brun acajou à l'un des pôles de la cellule épithéliale, tant dans les éléments cancéreux de la tumeur que dans ceux de l'ulcération du mamelon.

On a discuté, en effet, sur les rapports qui relient la tumeur à l'ulcération. On a dit qu'il y avait là une simple coïncidence. On a prétendu que l'ulcération était secondaire à la tumeur du sein qui aurait passé inaperçue. Enfin, la sérosité sécrétée par la glande cancéreuse pouvait produire une irritation du mamelon. Cette dernière hypothèse semble difficile à admettre, du moins chez notre malade; le sein, comprimé, n'a donné issue à aucune variété de liquide. En réalité, dans toutes les observations de maladie de Paget, l'ulcère a précédé la tumeur, et cette formation du cancer en deux temps, deux phases successives, est une des caractéristiques de cette affection. Nous rapprocherons cette ulcération précancéreuse de l'ulcération causée par les brûlures, sur lesquelles se greffent les épithéliomes. Peut-être les cancers de la glande mammaire sont-ils précédés d'une lésion superficielle des canaux galactophores. Et l'on sait que le cancer de la langue peut succéder à la leucoplasie buccale, le cancer de l'estomac à un ulcère.

Les corps de Darier, corps réfringents, arrondis, hyperchromatiques, ne se rencontrent qu'au niveau de l'ulcération cutanée. Ils n'existent ni dans la tumeur, ni dans l'adénopathie cancéreuse. Ce sont des masses de kératine, et leur réfringence spéciale frappe l'observateur. Les planches photographiques publiées récemment par Gilchrist donnent une idée très nette de ces productions pathologiques dans divers néoplasmes.

Ces corps brillants n'ont pas de noyau, ce ne sont pas des parasites vivants, et en tout cas des parasites de l'ordre des coccidies. Au contraire, les figures dessinées par Wickham, comme psorospermies contenues dans des cellules dont le noyau était repoussé, sont des cellules épithéliales hypertrophiées typiques. Le noyau de la cellule voisine refoulée se moule de façon à dessiner un croissant concentrique. Cette figure se rencontre très communément dans les coupes de l'ulcération, du ganglion ou de la tumeur.

Nous tenons à une dernière considération ; toujours, dans la maladie de Paget, la tumeur est un épithéliome, et presque toujours un squirrhe. Nous rapprochons ce fait de l'observation faite par Unna, que le tissu conjonctif avoisinant les cellules épithéliomateuses présente les lésions « du plus exquis plasmome ». Les cellules plasmatiques se retrouvent très abondantes dans la tumeur, faisant de chaque nodule cancéreux un nodule infiltré de petites cellules rondes. En certains points, les cellules épithéliales cancéreuses semblent avoir disparu, envahies par les éléments lymphatiques. Autour d'un amas de petites cellules, nous avons vu une couronne d'éléments conjonctifs, ressemblant à des mastzellen, avec leur protoplasme ganuleux, largement étalé. Nous pensons que cette vive réaction des éléments migrateurs est en rapport avec la transformation fibreuse du tissu conjonctif, avec la production du squirrhe dans la maladie de Paget. Les

coupes d'un ganglion montrent au contraire une infiltration épithéliomateuse presque pure, les cellules lymphatiques ayant disparu en grande partie.

La thèse de Fisse (Toulouse, 1897) donne les observations de maladie de Paget parues depuis la thèse de Wickham.

Sur une lésion papuleuse d'origine sudoripare probable.

Par M. Ch. Audry (de Toulouse).

Voici l'observation d'un fait en somme mal défini. Je me borne à la faire connaître sans grands commentaires, parce qu'elle pourra peut-être servir aux personnes qui en rencontreront de semblables, et qui, plus heureux, arriveront à une détermination plus satisfaisante (1).

X..., garçon laitier, âgé de 34 ans, se présente à la clinique le 2 novembre.

Père mort de maladie indéterminée ; il a perdu sa mère et un frère de tuberculose.

A l'âge de 9 ans, verrues disséminées sur les deux mains. Il se dit asthmatique depuis l'âge de 19 ans. L'auscultation n'indique rien d'anormal de ce côté. Actuellement, il paraît bien portant. Il y a trois mois, sans cause connue, la peau de la face dorsale de la main et du poignet droit, puis celle de la face dorsale de la main et du poignet gauche devinrent gonflées, rouges et douloureuses. Ces accidents disparurent au bout de quinze jours, laissant quelques croûtes qui ont laissé des stries blanches, moirées et superficielles en deux ou trois endroits de l'épiderme.

Le malade déclare que les accidents actuels ne remontent qu'à 15 jours environ. Ces accidents sont représentés par l'existence de cinq grosses papules, aplaties au sommet et affectant un aspect vaguement verruqueux. Quatre d'entre elles occupent l'espace du dos de la main droite compris entre le premier et le second métacarpien, près de leurs extrémités supérieures ; la cinquième siège au milieu de la face dorsale du pouce droit. Toutes sont semblables entre elles, quoique inégales de dimensions. Elles sont rondes, le diamètre de la plus grande est inférieur à 0,01 ; la plus petite est moindre de moitié. Elles sont régulièrement saillantes ; leur sommet aplati, sinon déprimé, est rendu rugueux par de petites squames adhérentes, presque croûteuses ; l'une d'elles laisse suinter un peu de sérosité épaisse ; les autres sont sèches. Elles sont d'une couleur jaune-brun, semées de petits points rouges ; la consistance est ferme ; elles reposent sur un tégument sain.

Deux des éléments en question nés isolément, viennent se confondre par un de leurs bords. Le malade n'accuse pas de douleurs très vives ; il se plaint cependant d'être gêné dans son travail, et ajoute que les lésions vont en se développant.

Diagnostic indécis entre des verrues, une lésion septique, etc.

(1) Rédigée sur les notes de M. le Dr Thévenin, chef de clinique.

On excise les quatre plus volumineuses; elles laissent une surface qui saigne assez abondamment.

On touche au thermo-cautère. Pansement.

Le malade fut revu à trois reprises : à sa dernière visite, il était à peu près guéri.

Les fragments furent fixés par l'alcool. Essence de cèdre, paraffine. Coloration : bleu polychrome et orange, fuchsine, wasserblau au tannin ; picro-carmin de Ranvier : méthode de Gram ; méthode de Weigert (fibrine), etc.

Épithélium. — Il offre une irrégularité extrême ; tantôt il est aminci par exemple au sommet des papilles ; tantôt il s'allonge en colonnes interpapillaires d'une intrication très compliquée, très longues, très grêles. On ne peut pas dire qu'il existe réellement de la papillomatose vraie ; il y a bien plutôt de la végétation épithéliale dans la profondeur.

La couche cornée est tantôt plus mince, tantôt plus épaisse qu'à l'ordinaire, en ce dernier cas, compacte et dépourvue de noyaux ou de débris de noyaux.

Au-dessous de la couche cornée, le *stratum granuleux* est peu modifié sur telle pièce, sur telle autre il offre au contraire des altérations qui se rapprochent de celles de quelques verrues : altération cavitaire énorme; le noyau est ratatiné au niveau d'une vaste lacune, l'exoplasme cellulaire s'est condensé ; il a pris une apparence filamenteuse, les cellules sont cependant en contact étroit les unes avec les autres; les espaces intercellulaires n'existent plus et les filaments d'union ont disparu.

Sur une seule des quatre pièces examinées, on voit au-dessous de la couche desquamante, des cavités plus ou moins étendues remplies d'un exsudat finement granuleux où se trouvent quelques leucocytes. Il est certain que ces vésicules succèdent à l'abouchement, à la fonte de 4 ou 5 cellules réunies en caverne et intérieurement remplies par de la sérosité, le tout suivant le processus habituel.

Le corps muqueux est extrêmement irrégulier d'épaisseur, parfois réduit à 2 ou 3 plans de cellules : ces dernières sont unies par un ciment abondant traversé par des fibres unitives très vigoureuses. Dans la profondeur des végétations interpapillaires, le corps muqueux invaginé présente quelquefois de faux globes cornés, c'est-à-dire des cellules disposées en tourbillons concentriques tels qu'on les rencontre dans la dermatite de Paget et ailleurs.

La couche génératrice a presque complètement perdu son type cylindrique ; en nombre de points, la diapédèse l'attaque avec une énergie extraordinaire. A leur sommet intra-dermique, les colonnes épithéliales interpapillaires sont absolument envahies, morcelées et disso-

ciées par les cellules migratrices. Naturellement il ne peut s'agir de trouver ici une vitrée appréciable. Au sommet des papilles, l'épithélium est moins attaqué ; il se trouve souvent appliqué sur les lacunes lymphatiques énormément dilatées dont nous parlerons tout à l'heure.

Derme. — Bien que l'excision ait emporté toute la partie saillante des lésions, il se trouve que dans toute son épaisseur le derme est parcouru par des jetées épithéliales. L'étage des sudoripares forme le plan le plus profond ; sur quelques-unes des pièces, elles ne figurent même pas encore. Quant aux coulées épithéliales qui parcourent ce derme, les unes représentent des colonnes interpapillaires étirées et amincies, d'autres répondent probablement aux invaginations qui accompagnent les excréteurs de la sueur.

Derme sous-épithélial. — Toute la zone qui répond au sommet des papilles est occupée par des lacunes énormes dont plusieurs, nous l'avons vu, se développent au contact immédiat de l'épithélium. Ces lacunes sont bordées d'une membrane conjonctive et de quelques cellules tuméfiées, discontinues, de telle sorte qu'il est difficile de savoir si l'on a affaire à des capillaires ou à des lymphatiques ; il est cependant très probable que ce sont bien des lymphatiques énormément agrandis ; ils sont, en effet, remplis d'une substance granuleuse où se trouvent disséminés quelques lymphocytes. Quelques-unes de ces lacunes sont canaliculées. En examinant leur contenu on y trouve un assez grand nombre de granulations rondes ou ovoïdes ; j'avais pensé qu'on pouvait y voir des micro-organismes voisins par leur forme et leur dimension de certaine levure ; mais M. le Pr Leclainche, à la compétence particulière duquel j'eus recours, pense qu'il est impossible d'y voir des micro-organismes, et je me range sans hésiter à son avis. Quelques-unes de ces aires granuleuses intra-lacunaires présentent des traces de globules rouges en voie de disparition ; un peu au-dessous ou au même niveau quelques-uns de ces vaisseaux sont entièrement remplis d'hématies, de telle sorte que leur nature de capillaire ne peut être mise en doute.

Tout le tissu conjonctif ambiant et sous-jacent présente un aspect tout à fait réticulé semé de petites cellules rondes, probablement lymphocytaires assez clairsemées : Il est évidemment le siège d'un œdème énorme ; les cellules fixes ont perdu complètement leurs formes et leurs prolongements ; les faisceaux se sont raréfiés et dissociés. Les infiltrats denses y sont rares.

C'est seulement dans un plan un peu plus profond qu'on en voit apparaître quelques-uns ; les cellules qui les constituent sont extrêmement irrégulières de toute manière. Il n'y a pas de cellules isoplastiques (mastzellen). Çà et là, apparaissent des éléments qu'on peut considérer comme des cellules plasmatiques ; mais qui n'ont rien de bien caractérisé. Le tout est parcouru par des canalicules, très vrai-

semblablement des lymphatiques très nombreux, à parois épaisses, contenant souvent des cellules volumineuses et irrégulières représentant probablement leur endothélium tuméfié et desquamé.

A toute hauteur, il existe en plein tissu conjonctif des zones remplies par un exsudat granuleux, pauvre en fibrine, où l'on peut cependant retrouver souvent des débris de globules rouges en voie de résorption.

Les sudoripares sont à peine reconnaissables : à leur place, on voit des tubes à parois épaisses, à section circulaire, les uns sont remplis par épaississement de leurs parois et par des débris amorphes de cellules, d'autres ont conservé une lumière où se découvrent quelques éléments arrondis ou irréguliers qui ne peuvent être que des cadavres des éléments sécréteurs. Tous ces tubes sont réunis en groupes occupant une zone à peu près aussi étendue que celle qui correspond habituellement à une sudoripare. Entre eux sont disséminées des cellules plus volumineuses et qui sont peut-être des cellules plasmatiques, mais qui, à coup sûr, ne sont ni des lymphocytes, ni des leucocytes mononucléaires, ni des cellules isoplastiques (mastzellen).

Nulle part il n'existe de disposition nodulaire ou de forme de dégénérescence lente. Partout on se trouve en présence d'un processus franchement aigu quoiqu'il n'aboutisse jamais à la suppuration.

En somme, lésions inflammatoires limitées du derme ayant leur maximum au niveau des sudoripares ; altérations profondes de ces dernières, œdème du derme ; dilatation lymphatique et vasculaire énorme au sommet des papilles ; altérations secondaires de l'épithélium violemment attaqué dans sa profondeur par la diapédèse, parfois verruqueuse dans ses plans superficielles ; sur une pièce, vésicules superficielles, tel est le résumé histologique.

On verra s'il y a lieu de rapprocher ce fait de ceux qu'on étudie depuis quelques années (acnitis, folliclis, granulome innominé, idrosadénites, spiradénites, tuberculides, etc., etc.), et sur lesquels on ne s'entend pas encore parfaitement ; cliniquement et anatomiquement il diffère de plusieurs d'entre eux ; il en est d'autres dont il se rapproche. En tout cas, il sera peut-être possible d'utiliser un jour cette observation.

Syphilis héréditaire. Gomme ulcérée de la jambe ; fracture spontanée du tibia, faisant saillie hors de la plaie depuis 6 mois, sans réaction sensible chez un Kabyle.

Par M. L. Raynaud, (d'Alger).

Dans une excursion récente dans la région des Babors (petite Kabylie), j'ai eu l'occasion de voir un grand nombre de cas de syphilis graves chez les indigènes. L'observation présente m'a paru intéressante à noter.

X..., garçon de 8 ans, m'est amené par son père, qui est un notable de la région et qui m'a affirmé que dans les Babors il y a très peu de syphilis. Ce notable ment effrontément ; il est lui-même atteint d'un ozène qui l'incommode fort et qui est dû à la fonte de ses cornets par la vérole. A mes questions il répond qu'il n'a jamais rien eu de vénérien, et il se refuse à me montrer son corps. Il a eu six enfants qui sont vivants, et dit-il, bien portants. S'il me montre celui-ci c'est qu'il le croit atteint de « *pied de Madura* », affection que les Kabyles appellent « tabaoucht », ce qui veut dire « petit ver », désignant ainsi les petits grains blancs qui sortent des plaies.

L'enfant présente sur le devant de la jambe droite une vaste ulcération gommeuse qui s'étend sur une longueur de 10 centimètres sur 5 de large. Tout autour, sur un espace de 2 centimètres à partir des bords de la plaie, on distingue une cicatrice blanc rosé, tranchant sur le fond brun du reste des téguments. L'ulcération, qui a débuté il y a un an et demi, a été un peu améliorée sous l'influence d'un traitement qu'on lui a fait suivre.

Au milieu de la plaie le tibia fait saillie sur une longueur de 5 centimètres. Il y a 6 mois environ cet os s'est brisé spontanément, soit que l'enfant ait fait une chute ou un mouvement brusque, soit qu'il ait reçu un coup. Le fragment inférieur fait éruption hors de l'ulcération, et recouvre totalement le bout supérieur qui n'est pas recouvert par les bourgeons charnus. L'extrémité de l'os, sur une étendue de 1 centimètre et demi seulement, est légèrement noirâtre et se nécrose ; le reste a un aspect blanc jaunâtre et ne présente à l'œil aucune altération. Sous le bec, irrégulièrement brisé de cet os, on voit battre une petite artériole.

La jambe est un peu hypertrophiée dans son ensemble, déformée au niveau de la lésion ; il y a un léger œdème des malléoles et du cou-de-pied. La forme générale de la jambe est en lame de sabre.

Malgré l'horrible mélange qui sert à faire les pansements (poudre de henné et bouse de vache séchée), malgré les linges rarement lavés qui recouvrent cette jambe, c'est à peine si l'on constate un écoulement sanieux ; à vrai dire il n'y a presque pas de pus.

On connaît la résistance des plaies des indigènes aux infections purulentes en pays Kabyle. Ce cas est un exemple de plus de ce fait déjà signalé. Il semblerait que les agents de la suppuration n'existent pas chez les Kabyles, ou bien que ceux-ci y soient réfractaires.

Cette lésion, excessivement étendue, horrible à voir, existait depuis un an et demi ; la fracture et la saillie de l'os dataient de six mois et c'est à peine s'il y avait une réaction inflammatoire tout autour, c'est à peine si l'extrémité de l'os commençait à se nécroser. Il faut ajouter que le malade ne se plaignait pas d'éprouver de la douleur ; il marchait difficilement, en boitant, mais il marchait, et il avait fait, sans se plaindre, une journée de mulet pour venir me consulter.

Sur le reste du corps on ne constatait pas de trace de lésion syphilitique, mais un certain nombre de signes indiscutables venaient affirmer la nature spécifique, héréditaire de cette plaie. C'était d'abord le crâne microcéphale, allongé en pain de sucre, la voûte palatine en ogive très pronon-

cée, et surtout des déformations dentaires caractéristiques : les incisives en scie, les canines mal plantées et placées obliquement, les dents espacées irrégulièrement et la rangée supérieure ne coïncidant nullement avec la rangée inférieure.

Il m'a été impossible d'obtenir des renseignements sur la mère et sur les autres frères; les consultations se donnent en plein air, devant la foule des indigènes, et ceux-ci sont très pudiques, ne veulent donner aucun éclaircissement et ne se laissent pas examiner commodément.

J'ai conseillé au malade de se rendre à Djidjelli où le médecin pourrait réséquer l'extrémité du tibia en voie de nécrose, et réduire cette fracture en faisant la coaptation des deux fragments. Le traitement mixte aurait certainement amené une amélioration d'autant plus rapide que chez les indigènes, sobres et vierges d'alcool, l'iodure et le mercure agissent très activement.

Frappé de la fréquence et de la gravité de la syphilis, qui, pour certains de mes confrères, atteint chez les indigènes les 9/10 de la population, j'ai demandé à l'administration de faire débiter gratuitement de l'iodure aux malades qui viendraient consulter les médecins pour de la syphilis. Cette même mesure avait été prise déjà pour la quinine, elle s'impose d'autant plus pour l'iodure que cette drogue leur est vendue à un prix fort élevé et que leur misère les empêche de se soigner longtemps. C'est remplir un devoir d'humanité que de venir en aide à une population dont l'organisme s'appauvrit de plus en plus.

Ce vœu a été entendu : M. Lépine, gouverneur général, vient de mettre les communes mixtes en mesure de se procurer à la pharmacie centrale, de l'iodure, pour le faire distribuer gratuitement par les médecins de colonisation aux indigènes malades, qui n'ont pas les moyens de se procurer de remèdes.

Sur les vernis à la caséine.

Par M. J. Darier.

J'attire votre attention sur ces quelques échantillons de *vernis à la caséine;* je pense, après les avoir essayés depuis quelque temps, qu'il y aurait utilité réelle à faire entrer ces topiques dans notre arsenal de thérapeutique dermatologique.

Il est superflu d'insister ici sur les inconvénients que peuvent avoir dans certains cas les *pommades.* Elles échauffent au lieu de rafraîchir et sont mal tolérées par les dermites aiguës. Elles adhèrent peu et s'enlèvent par le frottement des vêtements ou des draps qu'elles salissent désagréablement; lorsqu'il s'agit d'appliquer une pommade à l'ichtyol ou au goudron sur une large surface, ou sur une région exposée aux frottements comme les aisselles, la région inguino-scro-

tale, etc., cet inconvénient est tel qu'on en est réduit à appliquer par-dessus la pommade un véritable pansement, et parfois à condamner le malade à la chambre ou au lit.

Les *emplâtres* ou *épithèmes* constituent des pansements propres et légers, mais échauffent aussi, tiennent mal dans les plis et ne sont guère applicables à de grandes surfaces, ne fût-ce qu'en raison de leur prix.

Nous usons couramment de topiques qui se dessèchent une fois appliqués, de *collodions, traumaticines*, etc. Mais leur dissolvant, alcool, éther, acétone, benzine ou chloroforme, est souvent trop irritant ; d'autre part, ces vernis sont difficiles à enlever.

Pick et Unna ont cherché des *vernis aqueux* et en ont proposé plusieurs. Je ne veux pas m'arrêter ici à parler du liniment de Pick, ni du gélanthe d'Unna ; le plus pratique et le plus utile de ces vernis me semble être le *vernis à la caséine* d'Unna.

Ce dernier en a donné une formule que je reproduis ici (1) :

Caséine	14
Potasse	0,35
Soude	0,08
Glycérine	7
Vaseline	21
Oxyde de zinc	ââ 0,50
Phénol	
Eau (q. s. ad. 100)	56,57

J'ai chargé mon interne en pharmacie, M. Raby, d'exécuter cette formule et l'ai engagé à consigner les remarques qu'il a faites au cours de son travail dans une publication (2).

Voici le mode de préparation qui lui a donné le meilleur résultat : « On délaie exactement la caséine dans l'eau et on ajoute les alcalis ; on laisse en contact pendant 24 heures de manière à obtenir une masse homogène ayant l'aspect du mucilage de gomme adragante. Puis on liquéfie la vaseline à une douce chaleur et on l'incorpore au mucilage en battant vivement. On ajoute ensuite la glycérine et les antiseptiques. » On conserve à l'abri de l'air en un vase bouché à l'émeri ou dans des tubes de plomb.

M. Raby ajoute que « les diverses caséines ne gonflent pas également dans l'eau, et qu'il s'est servi de la caséine ordinaire du commerce qui est relativement bon marché, tandis que la caséine pure, d'un prix dix fois plus élevé, ne donne pas un produit sensiblement supérieur ».

La caséine joue dans ce composé le rôle d'émulsif pour la vaseline,

(1) *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1895, XX.

(2) *Les nouveaux remèdes*, 24 novembre 1898, p. 505.

dont la présence est nécessaire pour que le vernis n'ait pas un effet trop desséchant et que les substances incorporées soient actives.

On peut comparer les échantillons qu'il a préparés et qui nous servent pour notre policlinique de La Rochefoucauld, ainsi que ceux que m'a fournis obligeamment un pharmacien de la ville, avec les tubes *d'unguentum caseini* que j'ai fait venir de Hambourg de la maison Beiersdorf et C[ie] qui me les a adressés gracieusement ; ils sont presque identiques.

Au vernis à la caséine que l'on peut stériliser par la chaleur on peut incorporer toutes les substances utiles en dermatothérapie à la condition qu'elles ne coagulent pas la caséine ; pourtant il supporte 1 p. 100 d'acide salicylique.

Particulièrement précieux est le vernis au goudron (10 p. 100 ou même 20 p. 100) ; très pratiques aussi sont le vernis à l'ichtyol (10 p. 100) lequel exige l'addition d'un peu d'eau, le vernis à la résorcine (2 p. 100), le vernis soufré (5 p. 100), le vernis au pyrogallol (10 p. 100); ce dernier plus liquide que les autres n'en sèche pas moins rapidement.

Les avantages des vernis à la caséine sont les suivants : 1° c'est un produit liquide, crémeux, blanchâtre, qui s'étale facilement sur la peau en suivant les saillies et les dépressions ; 2° étant neutre, il n'est nullement irritant ; 3° il n'est pas échauffant et produit au contraire une sensation de fraîcheur ; 4° il sèche en 3 ou 4 minutes en laissant un enduit sec, souple, élastique et très adhérent ; 5° il s'enlève par un simple lavage à l'eau.

En résumé, je peux recommander ce topique qui est commode, d'un usage très propre, peu coûteux, dont la préparation ne présente aucune difficulté et qui rend de réels services dans la pratique.

Traitement de la pelade par l'irritation simple aseptique.

Par M. L. JACQUET.

La grande majorité des dermatologues considère à juste titre l'irritation cutanée comme la condition première de la cure peladique.

Mais l'on est mal fixé sur le degré *optimum* de cette irritation, et sur l'avantage de sa permanence, ou, au contraire, de son intermittence et de sa répétition.

Or, j'ai douté ces derniers temps que l'*irritation permanente*, ou tout au moins durable, que la plupart des traitements réalisent, fût la *condition idéale* de cette cure. Ce que l'on sait de l'inflammation, notamment par l'expérience de Cohnheim, me faisait penser *a priori*, que sa première période surtout (dilatation vasculaire, accélération du courant sanguin, hyperthermie) est favorable au réveil de la vita-

lité papillaire et utilisée pour la repousse des poils. Les phases ultérieures (ralentissement du sang, margination puis migration leucocytaire, exsudations interstitielles) me semblaient moins favorables, nuisibles peut-être.

L'expérience seule pouvait répondre. Atteint de pelade de la barbe depuis septembre 1897, peu ou pas traité jusqu'à la fin d'avril 1898, j'ai employé depuis lors un procédé capable de provoquer, très simplement, une *hyperhémie passagère*, mais *renouvelable* à volonté, pour ainsi dire : je *pique* par pression répétées, sur une brosse à crins aigus (1), l'aire alopécique et sa bordure. En quelques secondes, la peau devient rouge, chaude, et (chez certains sujets) pulsatile. Cet effet se prolonge de trente à cinquante minutes environ.

Je renouvelle cette manœuvre matin et soir, et cela suffit pour qu'elle devienne bientôt, sinon douloureuse, du moins désagréable. Mais j'évite ainsi, avantage appréciable en bien des cas, la vésication plus ou moins complète — et visible — que produisent la plupart des traitements énergiques.

Il m'a fallu quatre mois pour amener la guérison totale d'une plaque mentonnière un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs. Or, les pelades de barbe sont tenaces, et le terrain, en l'espèce, n'était pas des meilleurs.

J'ai obtenu depuis, sur d'autres malades, des repousses plus rapides, au *prorata*, m'a-t-il paru, du nombre même des irritations quotidiennes que l'on peut porter à cinq, six et davantage, suivant les cas, en acceptant comme règle de s'arrêter au point où l'irritation tend à devenir exsudative.

Et voilà ce que j'ai vu de mieux jusqu'ici : sur une jeune femme névrosée et séborrhéique d'ancienne date, *au deuxième mois de la pelade*, une aire glabre, épilée au préalable de quelques follets, présenta en huit jours, sur toute sa surface, mais plus dense en bordure, une repousse de 3 à 4 millimètres, véritable *piliculture* intensive.

En même temps que cette acupuncture de l'aire peladique, j'emploie des frictions rudes, biquotidiennes, à la brosse sèche, sur *toute* la tête, et *toute* la barbe. J'ai l'espoir de prévenir ainsi les foyers ultérieurs et les récidives. En fait, je n'en ai encore constaté sur aucun des peladiques *hommes* soumis à mon observation.

Si mon espoir se réalise, on sera fondé à dire que l'*emploi convenable d'une brosse suffit à la cure comme à la prophylaxie de la pelade.*

Cela serait d'une belle simplicité ; d'aucuns pourront même la juger excessive, et reprocheront à ces moyens leur dommageable facilité de vulgarisation. Qu'ils se rassurent : cette méthode est trop *nue*,

(1) Les meilleures, dans ce but, sont les brosses en soies de porc.

trop dépourvue de concession au fétichisme thérapeutique, pour avoir le moindre succès. D'ailleurs, on peut, sans rien sacrifier de la rigueur scientifique, lui conférer quelque *tournure professionnelle.*

En effet, j'ai omis délibérément en cette expérience *personnelle* des précautions nécessaires. Maniée ainsi, une brosse à crins raides crée de multiples et minimes effractions d'épiderme, parfois saignantes. Il convient donc d'assurer l'asepsie de l'instrument : l'ébouillantement préalable est de rigueur, une fois pour toutes. La désinfection à l'eau oxygénée serait, elle aussi désirable, en raison de la résistance des spores bactéridiennes (1).

Pour la suite, on entretiendra une asepsie suffisante je pense, en plongeant, à chaque fois, la brosse dans un antiseptique *huileux*, miscible aux graisses cutanées, tel que le suivant :

Alcool à 96°	80
Huile de ricin	20
Sublimé corrosif	0,10
Extrait d'opoponax	} ââ XX gouttes.
Teinture de cochenille	}

On abstergera l'instrument le mieux possible, par quelques secousses brusques avant l'application.

Il serait aisé de faciliter encore l'asepsie au moyen de petites brosses à fils métalliques, analogues à la houppe des électriciens.

En résumé, dans l'ensemble complexe qui constitue l'inflammation cutanée, la phase première, purement hyperhémique, semble suffire à stimuler la léthargie papillaire. Les autres phases me paraissent au moins inutiles.

M. Sabouraud. — A ma connaissance la plaque peladique dont parlait tout à l'heure notre excellent collègue Jacquet a duré tout près d'un an, ce qui est la durée moyenne d'une plaque peladique solitaire de la barbe. La guérison après ce temps par n'importe quelle méthode thérapeutique n'a donc rien pour nous étonner.

En second lieu, l'acupuncture provoque l'hyperhémie et une extravasation leucocytaire qui peut amener l'augmentation de la répurgation normale de la peau ; l'effet de ce mode de traitement est en réalité complexe.

M. Jacquet. — Ma pelade a duré exactement onze mois, mais je ne l'ai traitée qu'au huitième ; j'ai donc obtenu comme je le déclare, la guérison

(1) Certains cas de pustule maligne ont succédé à l'emploi de brosses à tête ou à barbe.

Je fais remarquer au passage que ces manœuvres répétées pendant quatre mois, deux fois par jour, composées chacune d'une *série* de pressions, le tout multiplié par le nombre de crins contenus dans le segment de brosse utilisé arrivent à constituer un total *imposant* de véritables tentatives d'*inoculation*, sur terrain évidemment favorable. Or, j'ai obtenu la *guérison*, et nul foyer second.

Cela n'est pas pour fortifier la doctrine microbienne de la pelade.

en quatre mois. J'entends par là qu'à la fin du onzième, l'aire glabre était recouverte en totalité de poils colorés et sains. Dès lors, je suspendis l'acupuncture par la brosse.

M. Sabouraud me dit en substance : cette pelade a guéri spontanément, et voilà tout. Reste alors à expliquer l'autre expérience que j'ai citée et qui fut *comparative*, une seconde plaque étant laissée sans acupuncture, à titre de témoin : la repousse y fut beaucoup moindre. Restent aussi mes autres malades, car je ne les soigne plus autrement. Et qu'on ne me demande pas d'apporter des observations détaillées : tout cela est bien trop simple; chacun de vous voit des peladiques, obtenez d'eux une créance suffisante à ce moyen trop peu suggestionnant, qu'ils piquent et frottent avec quelque constance et *ça repoussera !*

Il y a plus encore : il est fréquent, et j'en vois parmi vous plusieurs exemples, que la limite labiale supérieure de la moustache soit légèrement effrangée par une lacune plus ou moins nette où les poils sont moins drus que sur le reste de l'aire labiale. Il semble que *nombre de gens* aient là une pelade en miniature. C'est là, si j'ai bien vu, un point d'attaque familier à la pelade, c'est là aussi un point tout proche de foyers d'activité séborrhéique maxima : j'en conviens volontiers, tout en différant radicalement de M. Sabouraud sur l'interprétation de tout cela. Eh bien !... cette lacune assez marquée chez moi, les frictions sèches l'ont atténuée, *j'en suis sûr ;* et elles ont renforcé mes sourcils ; et elles ont provoqué à la limite barbue de la joue, un véritable envahissement pilaire de la partie glabre, témoignant ainsi la puissance piligène de *l'excitation fonctionnelle*. Car tout est là. Je le demande : ne peut-on assez légitimement croire au réveil de la léthargie papillaire peladique, lorsqu'on en voit cesser une autre, différente je le veux bien, mais datant de la période embryonnaire !

J'arrive à une autre objection de Sabouraud. Il semble attacher une grande importance, dans mon procédé, à l'action répurgatrice des cellules blanches ou des sucs ; qu'il y ait eu parfois, en mon expérience, quelques leucocytes erratiques, je le crois, mais j'affirme *catégoriquement* que jamais chez moi la peau glabre n'a été *épaissie*, *œdématiée* et que même, elle n'a jamais été *rouge* de manière permanente. Il est donc impossible de croire que l'exsudation interstitielle des cellules ou des sacs ait beaucoup à revendiquer ici.

M. Balzer. — J'essaie depuis quatre mois, dans le traitement de la pelade, l'acide lactique préconisé en Hollande par M. Richema. Je l'emploie à 15/30 en solution aqueuse ou alcoolique, en pratiquant des frictions vigoureuses. J'obtiens ainsi des résultats qui me paraissent très satisfaisants même dans la pelade ophiasique.

M. Besnier. — Dans son traitement, M. Balzer emploie simultanément des frictions énergiques et un médicament irritant. Il faudrait chercher à dissocier l'emploi de ces deux procédés, et savoir lequel agit en réalité.

Glossite syphilo-épithéliomateuse.

Par M. ALF. FOURNIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade âgée de 53 ans, affectée d'une glossopathie sur la nature de laquelle des diagnostics divers ont été produits.

Cette femme, qui a contracté la syphilis il y a 30 ans, présentait, il y a deux mois, une langue énorme, monstrueuse, véritablement éléphantiasique. Cette langue, extrêmement dure, procidente, formait hors de la bouche une volumineuse tumeur qui pendait *jusqu'au-dessous du menton*. On put seulement, au bout d'une quinzaine de jours, lorsque l'examen de la bouche fut possible, constater qu'une énorme caverne se prolongeant à perte de vue, gangréneuse d'aspect, avait détruit environ la moitié de la portion linguale encore incluse dans la bouche.

En avant, on pouvait constater quelques petites ulcérations jaunâtres et gommeuses d'aspect.

Cette lésion, d'une odeur repoussante, entraînait des troubles fonctionnels considérables du côté de la parole, de la mastication, de la déglutition, voire de la respiration.

Peu de douleurs ; pas ou peu de douleurs d'oreille. Salivation surabondante.

Songeant qu'il s'agissait là d'une lésion gommeuse, j'ai institué un traitement énergique : iodure de potassium à doses élevées ; injections de calomel hebdomadaires, sans parler d'un traitement local approprié.

Sous cette influence il s'est produit une *amélioration énorme*, et je puis aujourd'hui vous présenter cette malade complètement métamorphosée. La langue est certainement diminuée des deux tiers ; elle est *rentrée dans la bouche*, cicatrisée en grande partie, et ses fonctions sont en partie restaurées.

De tout cela que faut-il donc conclure ?

S'agit-il là d'une gomme ou d'un épithéliome ?

En faveur de la syphilis se présentent trois arguments : 1° antécédents de syphilis ; 2° absence absolue de tout saignottement au contact, à la pression, au pinceau ; 3° enfin, énorme amélioration que vous pouvez constater.

Mais, contre la syphilis et en faveur de l'épithéliome on doit enregistrer les signes suivants :

1° Si cette malade va mieux, nous n'assistons pas ici à ce mieux-être, à cette résurrection qui s'observe dans les affections syphilitiques alors qu'elles guérissent. Cette malade reste pâle, amaigrie, défaillante ; elle ne se remet pas, et sa langue, si rapidement modifiée au début, semble depuis quelque temps rester stationnaire dans

un statu quo qui est loin d'être une guérison. Cet état général mauvais est-il le résultat d'une infection? C'est ce que je ne saurais dire.

2° La langue reste immobile, comme *clouée* sur le plancher de la bouche ; et c'est là un bien mauvais signe quant au pronostic.

3° Il existe des *ganglions ;* tout le plancher de la bouche est soustendu par des masses ganglionnaires cohérentes, en nappe.

4° Enfin, le résultat histologique serait confirmatif du diagnostic d'épithéliome.

Des préparations qui ont été faites par mon chef de laboratoire, le Dr Gastou, et que je viens de soumettre encore à l'instant à la compétence si grande du Dr Darier, ne semblent laisser aucun doute sur la nature épithéliomateuse de cette lésion.

En considération de ces données diverses, je crois pouvoir formuler ici le diagnostic de *glossite mixte, syphilo-épithéliomateuse ;* car, je le répète à dessein, je ne puis croire à la syphilis seule en raison des résultats histologiques que je viens de citer, et je ne puis croire non plus à un épithéliome seul, car jamais on n'a vu avec l'épithéliome d'amélioration semblable.

Seul, le diagnostic de glossite mixte me semble acceptable, c'est celui que j'adopte, me réservant d'entretenir la Société de l'évolution ultérieure de ce cas si curieux à tous égards.

M. Gastou. — Voici un autre malade atteint d'épithéliome typique confirmé par le biopsie et qu'il est intéressant d'examiner après le malade de M. Fournier.

M. Darier. — J'ai constaté sur les coupes que m'a montrées M. Gastou, provenant du malade de M. Fournier, des lésions d'épithéliome parfaitement caractérisées.

Les injections de calomel ont-elles quelque utilité dans le carcinome? J'ai déjà, lors d'une occasion précédente, exprimé l'avis que ces injections peuvent réduire le volume apparent d'une tumeur épithéliale en agissant sur les éléments non épithéliaux de sa base.

M. Renault. — Je pense comme M. Darier que le calomel peut agir favorablement sur l'épithéliome.

M. Leredde. — Contrairement à l'opinion généralement admise, je pense qu'il ne faut pas faire le traitement mercuriel chez les individus qui ont une lésion de la langue, d'un diagnostic douteux, même à titre de traitement d'épreuve. Il existe des épithéliomes bénins de la langue comme il en existe sur la peau, mais on ne les reconnaît pas à leur début, et on perd du temps. Par la biopsie, le diagnostic peut être tranché en trois jours, la tumeur peut être enlevée le quatrième.

J'ai fait assez de biopsies de la langue pour pouvoir affirmer qu'elles n'offrent aucun danger et j'aimerais mieux me soumettre à une biopsie qu'à quatre injections de calomel.

Si même le calomel peut améliorer l'épithéliome, c'est là un danger, du moment qu'il ne peut le guérir, et que le médecin et le malade se font ainsi des illusions sur la nature réelle du mal.

Au contraire, dans des épithéliomes inopérables, le calomel peut être indiqué.

M. Jullien. — Le traitement par l'iodure a des inconvénients évidents dans le traitement des carcinomes. Quant aux piqûres de calomel elles n'en ont, je crois, aucun.

M. Darier. — Il me paraît en effet qu'il faut distinguer entre le traitement ioduré et le traitement mercuriel. Dans une ulcération de nature douteuse l'iodure doit être proscrit, le traitement mercuriel ordinaire a l'inconvénient de faire perdre du temps; quant aux piqûres de calomel, elles n'ont aucun inconvénient. Mais c'est par la biopsie que se fait un diagnostic rapide et précis.

M. Hallopeau. — L'usage local du sublimé sous forme de pastilles, peut donner une amélioration dans certains cas, comme je l'observe maintenant.

M. Fournier. — Je veux bien, avec la plupart des membres de la Société, qu'il s'agisse chez mon malade d'un cancer, mais l'observation n'en est que plus intéressante. L'amélioration par le calomel est fréquente au début du traitement de l'épithéliome, mais jamais je ne l'ai observée aussi nette, aussi considérable.

Syphilis pigmentaire du cou chez l'homme.

Par M. Danlos.

X..., 49 ans, forgeron, entré à l'hôpital pour un ulcère de jambe, présente sur les deux côtés du cou dans toute leur étendue une nappe pigmentaire mouchetée de places leucodermiques. Il en attribue le développement à des brûlures par éclats de fer, mais cette explication, exacte pour les mouchetures cicatricielles qu'il porte sur les avant-bras, est absolument inadmissible. Les taches décolorées n'existent que sur les parties latérales du cou et dans les zones pigmentées ; rien de semblable à la figure et sur le devant de la poitrine.

Elles n'ont à aucun degré l'apparence cicatricielle ; l'aspect est typiquement celui de la syphilis pigmentaire ; du reste le malade a été atteint, il y a deux ans et demi, d'un chancre induré suivi de roséole, de plaques et même, paraît-il, d'une périostite gommeuse précoce.

L'intérêt de cette constatation est tout entier dans le sexe du malade.

Vergetures syphilitiques.

Par M. Danlos.

R..., 37 ans, employé de commerce, est entré il y a quelques jours dans le service pour une orchite blennorrhagique.

On remarque sur son corps d'innombrables macules atrophiques d'origine syphilitique.

La vérole remonte chez le malade à huit ans. Quatre mois et demi environ après le chancre, apparut une éruption très abondante, presque limitée au tronc et qui, d'après le récit du malade, semble avoir été une syphilide papuleuse.

L'éruption, caractérisée par des saillies plates, avait été précédée de céphalée, peut-être de plaques. Il ne se produisit ni suppurations ni démangeaisons. La disparition de la poussée éruptive a laissé l'état actuel.

Bien qu'il n'ait pas été fait de traitement, il semble que depuis lors la vérole n'a pas eu de retours offensifs.

Actuellement le malade est dans l'état suivant : Le tronc en totalité, mais principalement dans ses deux tiers inférieurs, en arrière et sur les côtés, est couvert de saillies d'aspect cicatriciel. Inférieurement la limite de celles-ci répond assez exactement au bord supérieur du bassin, en haut les vergetures se perdent pour ainsi dire en mourant sur le cou, les épaules et le haut des bras où elles ne dessinent plus que de simples maculatures blanches sans saillie. Les vergetures assez largement espacées en haut deviennent presque cohérentes à la région lombaire. Elles constituent là des éléments de grandeur variable dont les plus petits, régulièrement arrondis, ont la dimension d'une lentille, les plus grands, de forme ovalaire, mesurant environ un centimètre et demi sur un. Envisagés en eux-mêmes ces éléments sont blancs, pseudo-cicatriciels, surmontés par les orifices agrandis des glandes pilo-sébacées qui leur donnent un aspect de peau d'orange. Cette analogie d'apparence est rendue plus frappante encore par la saillie des vergetures qui font sur la peau saine un relief assez fort. Ce relief varie d'ailleurs suivant l'attitude du malade, quand celui-ci s'incline vers l'observateur, la saillie des vergetures augmente comme si elles se boursouflaient par une pression intérieure et l'on voit s'y dessiner des plis horizontaux superposés et parallèles. Dans l'attitude inverse, les plis s'effacent et partiellement aussi le relief. Toutefois, sur nombre de points, il ne disparaît pas complètement à la vue et même sous la pression du doigt l'affaissement n'est pas complet.

La main passant sur la région vergetée perçoit au niveau des pseudo-cicatrices une résistance mamelonnée irréductible.

Dans un cas analogue que j'ai présenté en mai 1897 à la Société, le processus paraissait purement atrophique ; dans certaines attitudes et par la pression l'affaissement était total ; ici la permanence partielle des saillies malgré le changement de position et une pression assez forte me conduisent à penser qu'il s'est fait un double travail et que l'atrophie des fibres élastiques a sur quelques points été compensée par l'hypertrophie des fibres conjonctives (chéloïde ?).

A propos de ma présentation antérieure, quelques membres de la Société se sont demandés si ces vergetures sont toujours le reliquat de papules syphilitiques. Le malade s'est trop peu observé pour pouvoir nous dire si elles ont succédé à des papules ; mais dans deux

cas, où j'ai pu assister au début de l'évolution morbide, j'ai constaté très nettement la transformation in situ par absorption graduelle de la papule en vergeture, avec état intermédiaire de macule pigmentée déjà atrophique (plissement, etc.).

Pour expliquer le développement de ces vergetures aucune autre cause que la syphilis ne saurait être invoquée, mais deux circonstances adjuvantes méritent d'être mentionnées. On rencontre chez ce malade des vergetures de développement sous forme de cassures linéaires de la peau, disposées en lignes parallèles à la face externe des hanches (V. verticales), à la région lombaire (V. horizontales), au-devant des aisselles (V. verticales) et sur le bord postérieur de celles-ci (V. horizontales).

Ces vergetures, qui sont d'observation assez communes chez les sujets dont le développement s'est fait avec une grande rapidité, semblent témoigner d'un défaut général d'élasticité de la peau et celui-ci n'est peut-être pas étranger à la production des macules vergetées post-syphilitiques.

En 1888 le malade pesait environ 178 livres ; en 1890, quelque temps avant le développement de la vérole et à la suite de revers de fortune, il a considérablement maigri. Peut-être le processus d'amaigrissement a-t-il favorisé l'involution atrophique des éléments de la syphilis.

Dystrophie unguéale généralisée.

2e présentation.

Par MM. Collineau et G. Thibierge.

Nous avons déjà présenté à la Société, dans sa séance du 11 novembre 1897, le malade qui fait le sujet de cette présentation.

A ce moment, il offrait à tous les ongles, aux pieds comme aux mains, des altérations caractérisées par une coloration ambrée très particulière, et par l'absence de croissance de l'ongle et, sur quelques ongles, par un décollement plus ou moins étendu partant de l'extrémité libre avec effritement de leur face profonde.

Dans les mois qui ont suivi la présentation du malade à la Société, nous avons vu successivement tomber tous les ongles qui s'étaient décollés peu à peu jusqu'à leur insertion. Le traitement a consisté d'abord en applications de compresses imbibées de solution iodo-iodurée qui n'ont pas paru avoir une action favorable sur les lésions unguéales et, à l'intérieur, dans l'emploi de la liqueur de Fowler, du glycéro-phosphate de chaux et de la corne de cerf.

Depuis le mois d'avril dernier, les ongles ont commencé à repousser, ceux des mains d'abord, puis ceux des pieds et leur pousse n'a plus cessé.

A cette époque, l'état général du malade, qui avait été fortement atteint

par une angine tonsillaire aiguë, s'était amélioré et, depuis lors, n'a cessé de se maintenir bon. Le traitement local n'a pour ainsi dire plus été suivi depuis le commencement de la repousse des ongles.

Actuellement, les ongles des pieds et des mains ont tous repoussé, mais n'ont pas tous repris leur aspect normal.

A la main droite, l'ongle du pouce, presque normal à la partie supérieure et seulement marqué de légères stries transversales, est encore soulevé à son extrémité qui repose, sur une étendue de 3 millimètres, sur une base feuilletée, de consistance à demi cornée. L'ongle de l'index n'est soulevé que sur une étendue de un demi-millimètre et seulement au niveau de sa moitié interne. Les ongles du médius et de l'annulaire ont une forme angulaire, comme un toit, sont striés verticalement : leur extrémité libre fait défaut et à sa place on voit une matière feuilletée, de consistance demi-cornée. L'ongle de l'auriculaire est normal.

A la main gauche, l'ongle du pouce est strié verticalement ; à sa partie moyenne, il présente une sorte de fissure, dont les bords latéraux sont relevés ; son extrémité libre est décollée, le derme unguéal correspondant est recouvert d'une substance feuilletée. Les ongles de l'index et du médius ont un aspect analogue à celui des ongles de l'annulaire et du médius droits. Les ongles de l'annulaire et de l'auriculaire sont de coloration normale, mais leur courbure transversale est exagérée et leur surface présente d'assez larges taches blanches.

Aucun des ongles des mains n'offre plus la coloration ambrée qui était si remarquable lors de la première présentation du malade.

Aux pieds, les ongles des gros orteils sont striés, à la fois dans le sens vertical et dans le sens transversal, très irréguliers de forme, et ne sont repoussés que dans les deux tiers postérieurs. Les ongles des autres orteils sont déformés et un peu jaunâtres.

L'étiologie de cette affection ne nous paraît pas plus claire qu'il y a un an. Nous voulons seulement, par cette 2e présentation, montrer que dans le type clinique d'onychopathie caractérisé par la suspension de la pousse des ongles, l'exagération de leur incurvation et la coloration ambrée de leur substance, type clinique que nous avions qualifié de sidération unguéale, la repousse des ongles peut se faire d'une façon normale après leur chute spontanée. Si certains ongles présentent chez ce malade une configuration anormale, il convient de l'attribuer aux modifications qui se sont produites dans le derme sous-unguéal secondairement à la dystrophie primitive et du fait sans doute de contacts irritants dus à la profession du malade.

Urticaire pigmentée.

Par MM. F. Balzer et Monsseaux.

Marguerite B..., âgée de 7 ans, présente depuis plus d'un an des lésions

pigmentaires de la peau, accompagnées de temps en temps de poussées congestives très prurigineuses.

Son père est en bonne santé; sa mère, d'une constitution un peu délicate, et d'une nature impressionnable, n'a jamais été malade. Notre malade a un frère et une sœur en bonne santé.

A l'âge de 7 ou 8 mois, rougeole. A 5 ans, elle eut à la figure et à la nuque des lésions non croûteuses, mais suppurant abondamment, qui durèrent environ six mois, et qui ont laissé des cicatrices blanches et déprimées autour de la bouche et sur les joues (impétigo rodens probablement).

L'enfant présente les attributs extérieurs du lymphatisme; sa peau est fine et blanche, ses muqueuses sont pâles. Les incisives supérieures et inférieures sont écartées et crénelées ; le tibia paraît un peu incurvé.

L'affection qui nous occupe débuta il y a environ dix-huit mois. A la suite de la gourme, apparut à la poitrine une tache jaune rougeâtre, bientôt suivie de quelques autres, et cela sans douleurs et presque sans démangeaisons. L'état général étant bon, les parents ne s'inquiétèrent pas, et l'enfant resta sans traitement.

C'est seulement au commencement de novembre 1897 qu'on l'amena à l'hôpital. L'éruption s'était développée lentement et s'était étendue à la région dorsale et au ventre, respectant les membres et la face. Déjà à ce moment, on y constatait deux sortes d'éléments : les uns simples macules, colorés d'un pigment brun et ne dépassant pas les dimensions d'une lentille ; les autres colorés du même pigment brun, mais nodulaires et saillants ; leurs dimensions étaient plus considérables, et quelques-uns formaient des placards atteignant le diamètre d'une pièce de deux francs. Ces éléments donnaient au doigt une sensation mollasse ; le derme se déplaçait facilement à leur surface, et on y percevait une sorte de dépression en cupule.

Aucun d'eux ne disparaissait jamais complètement, et aucun n'avait de tendance à la résolution complète. Le nombre des éléments saillants actuellement a diminué ; mais les taches pigmentées persistent toujours.

Ces éléments divers sont sujets à des poussées congestives fréquentes ; ils se tuméfient en prenant une teinte violacée, et en donnant lieu à un prurit assez intense, tandis qu'en même temps, la figure est le siège d'un gonflement érythémateux très accentué. Ces poussées semblent survenir surtout à la suite d'une impression nerveuse, d'une contrariété. Il s'agit bien de poussées d'urticaire, car nous avons été plusieurs fois témoins de leur apparition et même de leur disparition au cours de nos examens ; en effet, la tuméfaction disparaît en général rapidement, en dix minutes ou un quart d'heure, mais elle reparaît quotidiennement et jusqu'à cinq ou six fois dans une seule journée. Dans ces poussées se voient des éléments très caractéristiques d'urticaire commune

Nous avons traité successivement notre malade par les alcalins et les arsenicaux, associés aux bains d'amidon et aux toniques.

Sous l'influence de ce traitement longtemps prolongé, ou peut-être simplement sous celle de l'évolution normale de la maladie, une amélioration notable est survenue. Actuellement, les poussées urticariennes s'espacent

de quinze jours ou trois semaines ; cependant quand elles reparaissent, elles peuvent encore se reproduire deux et trois fois dans la journée. Mais leur intensité est moindre, et les taches deviennent simplement rouges. Enfin les éléments saillants présentent une tendance manifeste à s'aplanir, il n'en persiste que deux ou trois surélevés, les autres ont disparu, ne laissant à leur place qu'une macule brunâtre.

Il s'agit évidemment ici d'un cas d'urticaire pigmentaire, bien qu'aucune biopsie n'ait été pratiquée pour vérifier la nature histologique des lésions.

L'affection a débuté à l'âge de 6 ans, ce qui n'est pas habituel, l'urticaire pigmentée se produisant ordinairement pour la première fois dans la première enfance. Indépendamment des éléments persistants d'urticaire pigmentée que nous avons observés, les poussées urticariennes auxquelles il nous a été donné d'assister ne permettent aucun doute sur le diagnostic. Il nous est impossible de pronostiquer l'avenir de la maladie ; il nous semble devoir être favorable, par ce fait que nous ne voyons pas se produire de nouveaux éléments pigmentés.

M. Leredde. — L'étiologie de l'urticaire pigmentée est tout à fait inconnue, ou, ce qui revient au même à mon avis, on l'attribue à des causes nerveuses. L'urticaire vulgaire est en relation fréquente avec des troubles digestifs, gastriques ou intestinaux. Il serait intéressant de savoir si des troubles de cet ordre existent chez le malade de M. Balzer, et je me permettrai de lui demander ce qui en est.

D'autre part, l'examen du sang pourrait peut-être donner des résultats importants chez ce malade. La présence de mastzellen dans la peau n'est pas expliquée, non plus que celle du pigment.

M. Balzer. — Je n'ai pas noté chez l'enfant l'existence de troubles digestifs, mais de troubles nerveux très marqués.

Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée.

Par MM. Balzer et Monsseaux.

Dans la dernière séance, M. Thibierge, en attirant l'attention sur le sort ultérieur des chéloïdes traitées chirurgicalement, montrait qu'elles pouvaient récidiver après ablation complète et atteindre alors des dimensions plus considérables qu'avant l'intervention. A propos de la malade qui fait le sujet de cette communication, nous voulons surtout insister sur un nouveau mode de traitement, les injections intra-chéloïdiennes d'huile créosotée, déjà préconisées par M. P. Marie, qui les a employées avec succès dans un cas. (*Soc. méd. des hôp.*, 3 mars 1893.)

Gabrielle M..., âgée de 16 ans, cartonnière, est entrée salle Lorry, n° 31, le 28 juillet 1898 ; son père est mort de tuberculose pulmonaire ; sa mère est bien portante ; trois frères et sœurs bien portants ; une sœur morte de la rougeole à l'âge de deux ans. Elle-même n'a jamais été malade ; elle est simplement anémique avec décoloration des muqueuses.

A sa naissance, elle présentait un peu au-dessous du lobule de l'oreille gauche, une petite tache rouge violacée, qui persista, s'étendit peu à peu jusqu'à acquérir les dimensions d'une pièce d'un franc, en faisant légèrement saillie au-dessus des téguments. Cette petite tumeur était le siège d'une desquamation furfuracée, mais ne présentait ni suintement, ni ulcération.

Il y a 3 ans, à la suite d'un traumatisme, une petite plaie se produisit à ce niveau, se recouvrit d'une croûte tombant de temps à autre pour reparaître sans cesse, si bien que la guérison ne s'effectuant pas, les parents de la jeune fille consentirent à une intervention chirurgicale. La tumeur fut enlevée complètement par M. Broca, qui enleva en même temps une autre petite tumeur semblable située à la partie inférieure de la face dorsale de l'avant-bras droit ; la cicatrice en est encore visible. Malgré l'absence de renseignements précis, il est vraisemblable qu'il s'agissait de deux tumeurs lupiques.

A l'avant-bras, le succès fut complet. A l'oreille, une tache rouge persista ; six mois après l'opération, cette tache s'étendit, augmentant à la fois de surface et de volume, et, quand la malade entra dans le service, il y a quatre mois, elle présentait une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant le lobule de l'oreille gauche, toute la région maxillaire voisine, spécialement le sillon rétro-lobulaire. En bas, au niveau de l'angle de la mâchoire, se trouvait une autre tumeur semblable, mais moins volumineuse, allongée presque transversalement, et séparée de la précédente par un intervalle d'un demi-centimètre. Ces deux tumeurs étaient de coloration rouge-brun, de consistance élastique ; bien qu'elles fussent mobiles sur les parties profondes, la peau était considérablement épaissie et infiltrée à leur niveau. On ne constate dans la région aucun engorgement ganglionnaire. Le diagnostic de chéloïdes n'est pas douteux.

La malade fut soumise aux injections d'huile d'olive créosotée à 20 p. 100. A chaque séance, on injectait dans les tumeurs environ un centimètre cube de cette solution en plusieurs piqûres faites en des points différents. L'injection n'allait pas sans difficulté ; le tissu ne se laissait pas infiltrer par le liquide dont une certaine quantité ressortait presque aussitôt par l'orifice de chaque piqûre, même quand l'injection était faite très lentement. Neuf injections ont été poussées successivement dans la grosse chéloïde, et quatre dans la petite. Le traitement est aujourd'hui très avancé, et les résultats assez satisfaisants pour que nous ayons cru pouvoir présenter la malade à la Société. La petite tumeur a disparu, ne laissant à sa place qu'une trace rougeâtre.

De la plus volumineuse, il ne reste plus qu'une grosseur de la dimension d'une petite noisette, molle, élastique; dans le sillon rétro-auriculaire.

Elle est entourée d'une zone rouge brunâtre, souple, où l'infiltration de

la peau tend à diminuer. Nous espérons, en tenant compte de l'amélioration obtenue jusqu'ici, arriver encore à un résultat plus complet.

Au point de vue clinique, cette observation offre un certain intérêt : le frère de notre malade est mort tuberculeux ; elle-même a présenté des lésions cutanées qui étaient peut-être tuberculeuses, mais sur la nature desquelles nous ne sommes pas fixés entièrement ; elle est plutôt débile, avec la grosse lèvre des strumeux ; en somme, il y a là des arguments qui pourraient faire plaider en faveur de la nature tuberculeuse de cette chéloïde.

Les effets des injections d'huile créosotée à 20 p. 100 ont été remarquables et un peu différents de ceux qui ont été observés par M. Marie. Les injections, dit cet auteur, sont poussées au moyen d'une seringue de Pravaz avec une assez forte pression ; peu à peu on voit la chéloïde se gonfler et pâlir. La douleur ainsi produite semble être fort supportable, mais dure quelques heures. Deux ou trois jours plus tard, la tumeur chéloïdienne devient violacée ; une phlyctène se forme à la surface de la chéloïde, et ensuite celle-ci passe à l'état d'eschare sèche ;... il se produit là un véritable embaumement sans aucune inflammation de la peau avoisinant la chéloïde. M. Marie ajoute que ce traitement pourrait être employé pour la destruction d'autres néoplasmes cutanés, les épithéliomas, par exemple, et peut-être le lupus.

Au moment de nos injections, les choses se sont passées un peu différemment : nous nous sommes servis de la seringue de Luër, en injectant l'huile créosotée jusqu'au moment où nous voyions la tumeur blanchir. La douleur était très peu vive ; mais les jours suivants il se produisait une inflammation assez intense avec gonflement, bientôt suivi de l'élimination d'une portion de tissu chéloïdien et d'une ulcération assez profonde. Au bout de quelques jours, cette ulcération se réparait, et la chéloïde était de nouveau en état d'être injectée. Chose remarquable, malgré la nécrose plus ou moins étendue produite par l'huile créosotée, la cicatrice apparaissait à peine à la surface de la tumeur. Actuellement, la petite tumeur a disparu ; la grosse est considérablement réduite, le lobule de l'oreille a reparu et se dégage. Tels qu'ils sont déjà, les résultats nous ont paru réellement favorables au procédé de M. Marie, qui nous semble devoir être employé de préférence à un autre dans les chéloïdes récidivantes. Il reste à savoir, il est vrai, si ces résultats se maintiendront. Ce qui nous fait l'espérer, c'est, d'une part, l'arrêt de développement de la tumeur, malgré la longue durée du traitement, et d'autre part, la persistance de l'amélioration obtenue dans les points où les injections n'ont pas été renouvelées. L'huile créosotée paraît exercer une action d'arrêt sur la marche de la chéloïde, et comme, en outre, son emploi est facile et

ne s'accompagne pas de délabrements étendus et malaisément réparables, nous pensons qu'en cas de récidive locale, son emploi pourrait être répété avec d'autant plus de facilité qu'elle ne paraît pas exercer d'action nuisible sur les tissus sains. La pratique ultérieure pourra, du reste, apprendre s'il n'y aurait pas avantage à injecter des solutions à un titre plus faible que celui adopté par M. Marie, à 1/15, par exemple, ce qui est la dose tolérée par le tissu sous-cutané, dans les injections pratiquées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Brocq. — Les dermatologistes sont très embarrassés sur le traitement des chéloïdes. M. le Dr Ferras m'a présenté une malade atteinte de chéloïde à la suite de brûlures au bazar de la Charité, très améliorée par la pulvérisation sulfureuse et le massage. Ceci est très important par ce qu'on est fréquemment en présence de chéloïdes sur lesquelles on ne sait que faire, et sur lesquelles tous les traitements échouent. Certaines chéloïdes guérissent d'elles-mêmes par la simple occlusion et la protection. Dans quels cas faut-il essayer le massage, par exemple ? Tous ces points sont à résoudre.

M. Besnier. — Dans l'état actuel, très imparfait, de nos connaissances sur les « chéloïdes », on ne peut distinguer utilement, au point de vue du traitement, que deux espèces : Les premières, dites spontanées, ne guérissent pas spontanément ; les secondes, consécutives à des traumatismes divers, s'affaissent, et guérissent souvent, avec ou sans traitement, dans le délai de deux ou de trois années.

M. Balzer. — Ce qui m'intéresse dans les injections d'huile créosotée, c'est leur innocuité. Elles semblent, dans le cas que je présente, avoir eu une action élective.

Le Secrétaire,

Leredde.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILODOLOGIE ET DE DERMATOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 31 janvier 1898.

Réinfection syphilitique.

Tarnovsky cite le cas suivant. Un homme est venu en 1886 le consulter pour deux chancres infectants siégeant au tiers inférieur de la région inguinale. La mère du malade avait succombé à la paralysie générale ; il est à peu près certain qu'elle a pris la syphilis avant la naissance de son fils. Le malade fut traité par l'emplâtre mercuriel. 7 semaines après survinrent des syphilides papuleuses. On ordonna alors les frictions mercurielles. Au mois de janvier 1887 le malade fut réexaminé, les syphilides étaient disparues ; il ne restait plus que des adénites et des cicatrices. On fit prendre au malade de l'iodure. Au mois de septembre 1887 les syphilides réapparurent. En 1889, adénopathies inguinales. De nouvelles frictions les ont fait disparaître. Pas d'autre phénomène syphilitique pendant 7 ans. Mais en 1897, quatre jours après un coït étaient survenus deux petits ulcères dans le sillon rétro-balanique qui s'indurèrent et s'accompagnèrent d'adénopathie, les ulcères ne laissèrent à leur place qu'une légère induration ; 3 mois et demi après le malade a constaté une éruption généralisée, et des exulcérations sur son pénis ; c'étaient des syphilides polymorphes indubitables, et il ne peut y avoir aucun doute que le malade n'ait pris la syphilis pour la seconde fois. Ce cas est encore intéressant à ce point de vue que la mère du malade est morte de paralysie générale, maladie qui est d'origine incontestablement syphilitique pour T., et par conséquent le fils aurait dû présenter des symptômes de syphilis héréditaire. Et cela ne l'a pas empêché de prendre la syphilis deux fois.

En dehors de ce cas l'auteur a eu l'occasion de constater la réinfection absolument certaine dans 6 cas sur 40,000 observations, et croit même qu'il aurait eu plus d'observations si autrefois, il n'avait pas pris, par une idée préconçue, les chancres indurés pour des chancres mous pseudo-indurés, et les phénomènes secondaires consécutifs pour une récidive de la première syphilis.

M. Tchistiakoff attire l'attention sur ce fait que la plupart des cas de réinfection s'observaient à la période secondaire.

Molluscum contagiosum.

Zeldovitsch conclut de ses recherches que le molluscum contagiosum est une néoformation épithéliale particulière de la peau, ayant pour point de départ la couche de Malpighi ou les glandes sébacées. Actuellement, on ne peut pas encore dire d'une façon définitive si c'est sous l'influence de microbes quelconques ou de causes chimiques que se font les modifications des cellules.

Le molluscum contagiosum peut se transmettre de l'homme à l'homme. La culture des parasites ni l'inoculation à un animal n'ont pas encore été faites. S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE DERMATOLOGIE DE MOSCOU

Séance du 13 mars 1898.

Kératose acquise.

Phokine a montré une malade avec une kératose acquise, âgée de 55 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. Il y a 7 ou 8 mois la malade s'est aperçue d'une fissure à la plante du pied droit et presque en même temps de la formation de nouvelles couches cornées, d'abord au même pied, puis à la plante du côté gauche. L'affection de ses ongles remonte aussi à cette période. Actuellement la peau de la plante des deux pieds est sèche, épaissie et présente des stratifications cornées à surface mamelonnée, chagrinée, de coloration variant du gris sale au jaune sale, et parcourues par des fissures et des sillons entrecroisés et intéressant toute l'épaisseur de la peau. Les ongles des orteils sont opaques, sales, foncés et déformés. La peau de la face palmaire des mains et les ongles des doigts présentent les mêmes modifications, moins accusées. Après avoir éliminé les diagnostics de psoriasis vulgaire, de lichen ruber, de pityriasis rubra, d'eczéma chronique et de syphilides palmaires, l'auteur conclut qu'on est en présence d'une kératose plantaire et palmaire symétrique aiguë.

Modifications morphologiques des leucocytes dans quelques dermatoses.

Tschlenoff a examiné le sang de 30 malades (fixation par la chaleur, coloration par une matière colorante triacide et par le dahlia, fixation dans la liqueur de Nikiforoff et coloration par l'éosine et le bleu de méthylène) et il est arrivé aux résultats suivants : Les préparations les plus nettes s'obtiennent surtout avec la matière colorante composée d'Ehrlich, qu'on peut parfaitement remplacer par la solution triacide de Gübler. La morphologie des leucocytes diffère selon le cas : quelquefois elle est presque normale, d'autres fois ce sont les leucocytes jeunes ou mûrs qui prédominent. Le nombre des éosinophiles est augmenté dans l'eczéma chronique (4 cas), dans le pemphigus (1 cas), dans le lupus (1 cas), dans le lupus érythémateux (1 cas), dans la sclérodermie (1 cas) et le psoriasis (1 cas). Dans un cas de prurigo, l'auteur a trouvé, contrairement à Peter, le nombre des éosinophiles diminué (0, 3 p. 100. Les basophiles sont d'une rareté extrême dans le sang normal. Ils se rencontrent assez souvent dans le sang des malades atteints de dermatoses. (L'auteur les a trouvés dans 18 cas sur 30 et dans la proportion de 0,2 p. 100 à 1,5 p. 100.) S. Broïdo.

Séance du 27 mars 1898.

Sarcome cutané idiopathique.

S. Th. Kracht montre un malade de 51 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, atteint de cette affection, qui siège ici surtout aux extrémités et en partie à l'oreille droite. Les modifications les plus caractéristiques se trouvent au dos des deux mains qui sont œdématiées et dont la peau est bleu violacé, infiltrée.

Les doigts sont gonflés et fusiformes, les ongles ne sont pas modifiés, mais les téguments sous-jacents sont de couleur bleuâtre et semblent aussi infiltrés. La peau des mains présente une infiltration diffuse, ferme, presque cartilagineuse, non douloureuse et dépressible ; au toucher elle semble plus froide que ne devrait l'être une peau normale. Il existe une certaine gêne des mouvements des doigts. Aux deux avant-bras on trouve aussi quelques endroits infiltrés en forme de plaques d'étendue différente. La lésion des membres inférieurs est circonscrite au talon et à la jambe et ne remonte pas au-dessus du genou. Au centre de la plante droite se trouve une région kératosée desquamante, de couleur cireuse, sans limites nettes, un peu moins large qu'une paume de main d'adulte. Les autres parties de la plante sont œdématiées, pigmentées et infiltrées. A la peau, coloration fauve. La plante gauche présente presque les mêmes modifications. Aux deux jambes on voit également des plaques infiltrées. Le malade accuse des douleurs dans les pieds ne cessant pas même pendant le repos. Le début de la maladie, qui a commencé par la plante droite, remonte à 4 ans et demi.

La biopsie a démontré l'existence d'altérations vasculaires avec dépôt périvasculaire de cellules rondes et de pigments hématiques. Le malade a été traité par des injections arsenicales (20 injections) et des pilules asiatiques (400 pilules en l'espace de deux ans) et en a été notablement amélioré.

Folliculite tuberculeuse.

S. Th. Kracht présente un homme de 17 ans, typographe, sans antécédents héréditaires. Malade depuis janvier 1897, début par la main droite. L'éruption la plus abondante se trouve sur le dos des mains et sur la face postérieure de l'avant-bras ; on la rencontre également sur toutes les phalanges, dans les espaces interdigitaux et aux métacarpes.

Par contre, on n'en trouve presque aucune trace à la face antérieure de l'avant-bras et du bras. Elle est assez abondante aux coudes et siège aussi aux fesses, au niveau des ischions, aux deux genoux, au niveau des tendons d'Achille et, enfin, à la face (front, joues, oreilles). On trouve très peu d'éléments éruptifs sur la poitrine, le dos et le pénis. Elle est partout symétrique des deux côtés du tronc mais sans groupement des éléments éruptifs. L'éruption se présente sous forme de nodules de volume ne dépassant pas celui d'un grain de millet, ombiliqués, de couleur rouge clair, et couverts d'une croûtelle. On rencontre entre les nodules beaucoup de petites cicatrices. Léger prurit. Au début l'éruption est maculeuse; les macules se transforment rapidement en papules et puis en pustules.

Traitement de quelques dermatoses par le naphtalane.

M. P. Malischeff a relaté le résultat de ses observations sur l'action du naphtalane dans les dermatoses. Il l'a toujours employé *per se* à l'exception des cas de psoriasis vulgaire, où il a fait d'abord des frictions à la pommade de naphtalane à l'aide d'une brosse et appliqué ensuite le naptalane à l'aide d'un pansement compressif. Sans vouloir préjuger d'une façon définitive de la valeur du naphtalane, l'auteur a néanmoins constaté que cette substance agit dans l'eczéma et les brûlures comme un calmant, antiphlogistique, résolutif et antiputride ; mais dans les cas de psoriasis, de syphilis et de tuberculose son action est variable. Il ne le considère donc pas comme un médicament applicable dans toutes les affections cutanées.

M. E. Glavtsché a observé les effets favorables du naphtalane dans certains cas d'eczéma chronique, où le goudron ne peut pas être appliqué et où le talc est irritant à cause de la formation des croûtes. Dans d'autres cas il aggrave au contraire la marche de la maladie. S. Broïdo.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 9 février 1898.

Sclérème des nouveau-nés.

Blacker présente un enfant de 5 semaines, atteint de sclérème des nouveau-nés. Le travail avait été normal, l'enfant était venu en bon état, il n'y avait pas de lésion apparente du cordon ou du placenta. La mère a 42 ans, elle a eu un avortement et dix enfants, une fois deux et une fois trois à la fois, pas de traces de syphilis ou de rhumatisme chez elle ou chez son mari. Dès le 2e ou le 3e jour après la naissance de l'enfant on remarqua que ses fesses étaient très dures. A l'âge de quatre semaines l'enfant pesait 3,760 grammes, il avait bonne mine, prenait bien le sein, ne présentait pas la moindre trace d'ictère ou de cyanose. Les parties malades sont en première ligne, les fesses, puis la partie externe des cuisses, antérieure et externe des jambes, tout le dos et les parties externes des bras et des avant-bras. L'induration atteint la peau et l'hypoderme formant de grandes plaques adhérentes aux parties profondes, bien limitées par un bord net, la peau présente une teinte rouge jaunâtre, sa sensibilité et sa température sont normales. Une pression prolongée produit un godet. L'enfant se porte bien, sa température est normale, il n'y a aucun trouble dans la circulation ou dans la respiration ; pas de sucre ni d'albumine dans l'urine. L'enfant se développe d'une façon satisfaisante. Ce cas est très curieux, surtout en raison de la bonne santé générale de l'enfant.

Herpès gestationis.

R. Crocker montre un cas d'herpès gestationis. La première attaque est survenue 3 jours après le quatrième accouchement, celle-ci est la quatrième attaque.

Purpura urticans.

C. Fox présente un cas de purpura chez une femme de 46 ans, malade

depuis un an. Tous les soirs vers sept heures elle a une éruption urticarienne très prurigineuse avec gonflement et raideur des mains, des pieds, des coudes et des genoux. Dans la journée tout disparaît, sauf qu'il reste aux membres inférieurs des macules hémorrhagiques. On ne trouve pas d'autre cause qu'une dyspepsie chronique. Ce cas correspond au purpura urticans de Willis.

Sclérodermie généralisée.

Pringle montre un jeune palefrenier de 16 ans, atteint de sclérodermie. Elle avait débuté par les avant-bras en 1847 en même temps qu'une scarlatine. En novembre, quelques troubles cardiaques suivis d'induration de la peau du cou, de la face, et de la partie supérieure de la poitrine et des bras, puis des chevilles et du dos des pieds. Actuellement les lésions sont toutes limitées à la face, le thorax et les avant-bras et l'induration varie notablement d'un jour à l'autre.

Séance du 11 mai 1898.

Tumeur mélanique du front.

J. Galloway présente une femme de 59 ans, avec une tumeur mélanique du front qui a débuté depuis 10 ans par quelques petits points noirs à l'endroit où elle avait été piquée deux ans avant par une guêpe. Ces points se sont étendus et forment actuellement une plaque de un pouce et demi de large. Le contour est arrondi, festonné et pigmenté en noir bleuâtre ; il est marqué par un rebord continu ou des nodules isolés durs et demi-transparents ; la partie centrale est blanche et atrophique. Il n'y a jamais eu d'ulcération. G. pense qu'il s'agit d'une forme superficielle d'épithélioma. La plupart des assistants pensent que l'excision complète de la lésion est formellement indiquée.

Pemphigus des nouveau-nés.

D. Knocker montre deux enfants de quatre semaines, atteints de pemphigus neonatorum. Les deux enfants sont soignés par la même femme ; l'éruption s'est montrée, quelques jours après la naissance, sous forme de petites bulles disséminées sur le tronc et les membres. Le contenu des bulles, clair au début, devient ensuite louche, puis la bulle se rompt et guérit en quelques jours en laissant une macule rougeâtre. L'état général est bon, il n'y a pas trace de syphilis. L'opinion généralement acceptée par la Société est qu'il s'agit d'une forme atténuée de pyodermite.

Lymphangiome circonscrit.

Perry présente un cas de lymphangiome circonscrit chez un jeune homme de 20 ans et situé à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Sa mère avait remarqué quelques boutons dans cette région trois jours après sa naissance, mais les lésions actuelles n'ont commencé à se développer que depuis 18 mois, à la suite d'une entorse de la hanche. On trouve une série de vésicules claires variant d'un point à peine visible à une largeur de 1/8 de pouce ; les dernières lésions parues sont rouge vif et semblent contenir du sang. Les lésions sont indolentes, la santé générale est bonne, il n'y a pas eu d'érysipèle.

Pelade guérie par la pilocarpine.

PRINGLE présente un cas de guérison d'une pelade étendue par la pilocarpine. Le malade est un allemand de 27 ans ; en novembre 1895 il a remarqué une petite plaque alopécique à l'occiput; elle s'est graduellement étendue, et en moins de deux ans il ne restait plus un cheveu ; le reste de la face est indemne, mais il y a des plaques alopéciques sur les jambes.

Le traitement a consisté dans l'injection quotidienne d'un centigramme de nitrate de pilocarpine dans le cuir chevelu, dose qui a été élevée à 0,02 au bout de quelques semaines. Après la première semaine de traitement il s'est montré une repousse abondante sur toute l'étendue du cuir chevelu. En janvier 1898 une petite plaque glabre dans la moustache est guérie après quelques injections de pilocarpine faites *in situ*. La tête est maintenant couverte de cheveux un peu durs, les uns pigmentés, les autres blancs. Il reste encore quelques points glabres dans les régions pariétales postérieures, les plaques des jambes persistent sans changement.

M. MORRIS a employé le traitement dans un certain nombre de cas, il n'a obtenu que deux fois des résultats et l'a abandonné à cause des dangers qu'il comporte.

MARMADUKE SHEILD montre un cas de **maladie du sein de Paget** chez une jeune femme de 36 ans.

Séance du 8 juin 1898.

Sarcome mélanique.

A. CARLESS montre des coupes microscopiques du sarcome mélanique qu'il a présenté à la Société en décembre. Il s'agit d'un sarcome mixte contenant des cellules rondes et des fusiformes; des couches profondes de l'épiderme contiennent beaucoup de pigment, mais la tumeur elle-même en contient fort peu.

Zona double et symétrique.

C. FOX présente un petit garçon de 9 mois qui depuis 6 jours présente une éruption typique de zona qui occupe le tiers supérieur de la face interne des deux cuisses, on trouve encore une plaque au milieu du mollet droit. Les vésicules sont saillantes et atteignent le volume d'un pois ; leur groupement est tout à fait caractéristique du zona. L'état général de l'enfant est bon, à part quelques vomissements ; il ne paraît pas souffrir ; les ganglions inguinaux sont intacts.

Kerion Celsi.

C. FOX présente un petit enfant atteint d'un kerion typique du cuir chevelu. L'examen microscopique et les cultures ont montré un trichophyton endothrix. C'est la cinquième fois que lui et Blaxall constatent ce fait.

Teigne tondante du cuir chevelu chez l'adulte.

C. FOX montre un homme de 42 ans avec deux petites plaques de tondante du cuir chevelu. Les cheveux étant très noirs, on voyait facilement les plaques glabres semées de points noirs dus aux cheveux cassés dans les

follicules. En mettant les tronçons de cheveux dans la potasse à 7 p. 100 le parasite se dissociait très facilement, mais il est très difficile d'obtenir des cultures cratériformes typiques. Le malade avait pris la tondante de son fils âgé de 15 ans dont les lésions offraient le même type, mais les cheveux étant très blonds les tronçons cassés étaient très difficiles à voir.

A cette occasion, Fox tient à faire remarquer que c'est une erreur de croire que les tondantes dues aux trichophytons endothrix sont plus faciles à guérir que celles qui sont dues au microsporon ; il en a vu durer 7 ans et plus après avoir envahi la moitié des cheveux.

Tuberculose miliaire exanthématique.

C. Fox présente un enfant actuellement âgé de 21 mois qui a eu la rougeole il y a 9 mois, aussitôt après il a eu la varicelle et dans le décours de cette dernière est survenue l'éruption actuelle qui dure donc depuis 8 mois. Elle est constituée par de petits nodules brun-rouge, acnéiformes, centrés par un poil ressemblant à de l'acné des scrofuleux ou à des syphilides; on en trouve 3 sur la face, 6 à 12 sur chaque membre ; quelques éléments sur les mains sont plus gros, atteignent le volume d'un pois et ont grandi depuis quelque temps. On ne voit pas de cicatrices, l'état général est bon, sauf quelques sueurs nocturnes sans symptômes manifestes de rachitisme. Les lésions différaient de l'acné des scrofuleux par l'absence de pustules au sommet et un traitement mercuriel de quinze jours est resté sans effet. Fox croit qu'il s'agit de tuberculose miliaire exanthématique.

W. D.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 23 mars 1898.

Cavernomes éruptifs multiples congénitaux de la peau.

Hochsinger présente un nourrisson de 4 semaines dont tout le corps est recouvert de 50 à 60 petites tumeurs du volume d'une lentille qui disparaissent facilement sous la pression du doigt en laissant une tache rouge foncé. Ces efflorescences sont survenues les unes immédiatement après la naissance, les autres plus tard.

Ehrmann demande si on n'aurait pas affaire, dans ce cas, à un angiome infectieux en donnant à ce terme le sens indiqué par Hutchinson.

Hochsinger n'admet pas cette affection, l'enfant est d'ailleurs bien portant et tous les membres de la famille sont en bonne santé.

Kaposi fait remarquer que Hutchinson désigne comme infectieux tous les processus serpigineux à marche progressive.

Leucodermie syphilitique.

Rille présente un enfant de 18 mois avec une leucodermie spécifique presque généralisée. D'après l'âge, la présence de plaques muqueuses aux organes génitaux et à l'anus, il s'agit incontestablement d'une syphilis acquise.

Lang et Hochsinger disent qu'on a observé aussi des plaques muqueuses à une période tardive de la syphilis héréditaire.

Matzenauer présente un malade atteint de syphilis dans le cours de laquelle il est survenu une pigmentation noire de la peau du cou et des avant-bras, sans hyperhémie et infiltration antérieures.

Eczéma des lèvres.

Kaposi présente une jeune fille de 20 ans, atteinte depuis 5 ans d'un eczéma des lèvres. Cette maladie est très rebelle et peut avoir les conséquences les plus graves. On l'observe fréquemment chez les sujets anémiques. La lèvre infiltrée se déchire facilement, et est très douloureuse. Les malades ne veulent plus manger, dépérissent et sont considérés comme atteints d'une maladie mentale ; dans la bouche et dans le pharynx il se développe des colonies de muguet.

Lang suppose qu'il s'agit de modifications consécutives à l'usage prolongé de l'arsenic.

Neumann remarque que cette affection ne survient jamais chez les hommes, seulement chez les enfants et les femmes.

Séance du 19 avril 1898.

Acné iodique.

Neumann présente un malade de 29 ans qui, il y a 4 semaines, fut plongé pendant 2 jours dans le coma suivi d'hémiplégie droite et de troubles de la parole. Six jours après il survint des pustules à la face avec fièvre ; à ce moment on constatait de l'engourdissement intellectuel, une hémiparésie, une augmentation de la matité cardiaque, les urines renfermaient de l'albumine 2 p. 1000 et de nombreux cylindres. Sur le visage, bulles de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de 5 francs en argent, recouvertes d'épiderme macéré ; au centre des plus volumineuses on voit des proliférations molles, brun-gris, d'où s'écoule constamment une sérosité claire. Tout autour, aréole rouge clair. Sur la face dorsale de la main gauche et au centre, quatre pustules de la grosseur d'un pois.

Il semble qu'il s'agisse d'un exanthème septique. Toutefois l'extension et la localisation de l'exanthème seraient exceptionnelles. Le malade reste en observation.

Kaposi pense qu'il s'agit d'un exanthème médicamenteux ; probablement d'une acné bromique ou plutôt d'une acné iodique.

Lang a vu deux cas semblables après l'usage de l'iode. Quant à la fièvre, elle est indépendante de l'exanthème.

Stries atrophiques.

Rille présente un homme de 40 ans avec plusieurs plaques atrophiques, orbiculaires, semblables à des cicatrices, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, d'une très grande finesse, situées sur les surfaces de flexion des membres supérieurs et sur les cuisses.

Kaposi croit qu'il s'agit de stries atrophiques produites par tension comme dans les vergetures gravidiques.

Rille avait également pensé à des stries atrophiques, toutefois les contours en forme de cercle de ces lésions sont en opposition avec ce diagnostic.

Impétigo herpétiforme.

Grosz parle d'une malade, âgée de 35 ans, atteinte d'impétigo herpétiforme, six accouchements normaux. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était au 7e mois de sa 7e grossesse. Fièvre intense, vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, disposées en cercles, en ellipses et en traînées. Au centre les efflorescences se dessèchent, tandis qu'à la périphérie il en surgit de nouvelles. Çà et là, confluence de ces foyers. En quelques points, squames adhérentes sur une base rouge, qui rappellent le psoriasis. Plus tard, il survint des poussées de pustules plus isolées, la transformation en squames devint générale. Le 27 mars cette malade accoucha prématurément; le fœtus ne présentait rien d'anormal. L'évolution ultérieure correspondit aux descriptions précédentes, en ce sens que la fièvre conserva le type intermittent, il y eut des frissons et, pendant ce laps de temps, il se produisit de nouvelles pustules à la périphérie, ensuite des squames, de sorte que, au bout d'un certain temps, toute l'affection donnait l'impression d'un psoriasis un peu atypique. Plus tard les squames se détachèrent, la fièvre prit le caractère rémittent et la peau sous les squames était normale, à pigmentation brun pâle. Actuellement, pas de fièvre. Auparavant, albuminurie et cylindrurie.

Deux particularités sont à signaler : 1° la nature de la deuxième période qui mériterait le nom de période psoriasiforme, et 2° évolution heureuse de cette affection qui, en général, a une issue fatale.

Rille rapporte un cas d'impétigo herpétiforme chez un homme de 17 ans. Un eczéma iodoformique, survenu après l'incision d'un abcès ganglionnaire du cou, prit, au bout de ciuq jours, les caractères d'un impétigo herpétiforme. Cinq semaines après le malade mourut et à la nécropsie, on trouva dans l'œsophage de nombreux petits ulcères, exactement comme dans le cas de Kaposi qui concernait aussi un jeune homme.

Séance du 4 mai 1898.

Érythème récidivant.

Kaposi présente une malade de 39 ans, atteinte d'érythème récidivant (menokelis, de Fuchs) de la surface lisse du frontal, sous forme de papules dures, de la grosseur d'un pois, formant des cercles irréguliers. Cette affection, observée surtout dans l'aménorrhée et la dysmémorrhée, peut aussi survenir chez des individus du sexe masculin. Cette malade souffre de cette affection depuis deux ans, les époques sont régulières, mais peu abondantes. L'éruption est parfois un peu pâle et disparaît même durant plusieurs mois.

Neumann remarque que cette affection survient presque exclusivement chez des femmes d'un âge avancé. Il l'a observée une fois chez une syphilitique.

Pemphigus foliacé.

Neumann présente une malade âgée de 28 ans qui est entrée à l'hôpital il y a 6 jours avec une éruption bulleuse sur les grandes lèvres et le pubis. Au bout de peu de jours le nombre et le volume des efflorescences augmentèrent rapidement ; actuellement les cuisses et la paroi antérieure de l'abdomen sont transformées en une large plaie humide ; en quelques points on voit encore des bulles pleines. Bulles volumineuses dans les plis

des coudes, les aisselles et sur le cou. La face dorsale des mains et des pieds, et la cavité buccale sont indemnes.

Kaposi pense qu'il s'agit d'un pemphigus foliacé serpigineux.

Herpès iris.

Neumann présente une malade de 22 ans, atteinte d'herpès iris. Bulles de la dimension d'une pièce de 50 centimes sur la face dorsale des mains et sur la paume de la main droite, sur le bord de la langue, à la commissure buccale; sur la lèvre inférieure érosions recouvertes de pus limitées par un bourrelet bulleux.

Traitement du lupus.

Lang présente un appareil pour le traitement du lupus par l'air chaud. L'orateur a constaté que, à un quart de centimètre de distance, la température atteint 325°, à un centimètre 228°. Il se produit une escharification de la peau avec réaction modérée dans les parties adjacentes. Les résultats sont très satisfaisants, tout au moins aussi bons que ceux obtenus avec le Paquelin et la curette.

Lang présente également une malade atteinte d'un vaste lupus du coude, de l'avant-bras et de la face dorsale de la main. Sur le dos de la main, après l'excision, on recouvrit la plaie avec un lambeau excisé sur l'abdomen. La mobilité est bonne.

Gomme du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Deutsch présente une malade, âgée de 41 ans, atteinte d'une gomme du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Infection il y a 10 ans. Récidives de la syphilis sous forme de larges cicatrices non pigmentées dont quelques-unes ont la dimension d'une pièce de 2 francs, disséminées sur le corps, particulièrement sur les membres.

Neumann insiste sur la rareté des affections syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Neumann revient sur le malade atteint d'exanthème médicamenteux grave qu'il a présenté dans la précédente séance. Les proliférations s'étendaient sur la plus grande partie du visage, les parésies avaient augmenté, il est survenu de l'hydrothorax et le malade a succombé aujourd'hui. Dans l'urine on a constaté la présence de l'iode, toutefois le malade aurait aussi pris du brome.

Lupus serpigineux hypertrophique.

Neumann présente un homme de 63 ans, atteint de lupus serpigineux hypertrophique qui a envahi toute la moitié supérieure du corps. Tout le visage et le cuir chevelu sont transformés en une cicatrice. L'affection s'étend jusqu'aux seins et sur le dos jusqu'au-dessous des épaules.

Séance du 18 mai 1898.

Syphilis acquise chez un enfant de trois mois.

Kaposi présente un enfant de trois mois, atteint de syphilis acquise. Sous le menton, efflorescence discoïde, nettement circonscrite, de la dimension d'une pièce de 2 francs, rouge-brun sur le bord, exulcérée au centre; une plus petite au point de contact avec le sternum. Dans la région sacrée, papules disséminées. Sur la langue et le palais, quelques plaques grises.

Il y a un mois l'enfant fut visité à l'hôpital des Enfants-Trouvés et reconnu tout à fait sain. L'infection se serait produite il y a environ 4 semaines. Il s'agirait au menton, non d'un chancre, mais de papules à marche périphérique.

Neumann regarde cette efflorescence comme un chancre qui était, il y a quatre semaines, encore si petit qu'il pouvait passer inaperçu. Il est à remarquer qu'il n'y a pas d'engorgment appréciable des ganglions, il en est du reste souvent ainsi chez les enfants. L'infection remonterait à 10 ou 12 semaines.

Gomme cutanée.

Neumann présente un homme de 27 ans, atteint de gomme cutanée ayant les caractères des lésions qui sont connues dans les pays balkaniques sous le nom de *skerljevo*. Sur l'épaule gauche infiltrat saillant de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, rouge-brun foncé intense, à bords taillés à pic et à centre un peu déprimé. Autre infiltrat plus étendu sur la région trochantérienne droite. Syphilis il y a 4 ans ; traitement par des pilules mercurielles.

H. v. Hebra présente un malade atteint de *lupus* qu'il a traité avec succès par une pâte caustique dont la composition lui est encore inconnue.

Lichen syphilitique.

Ehrmann présente un malade atteint de lichen syphilitique. Il existe en même temps quelques hémorrhagies sur la jambe. Les papules laissent une pigmentation foncée ; à la jambe il y a des taches couleur de rouille. Chez ce malade, on peut constater la différence des deux variétés de pigment. L'orateur partage l'opinion de Kaposi que, dans les deux cas, il s'agit de dérivés de l'hémoglobine.

L'orateur fait remarquer que le pigment couleur de rouille des hémorrhagies, lequel contient du fer et se trouve dans les interstices du tissu, doit être différencié de celui qui ne contient pas de fer. Ce dernier reste dans les cellules du réseau de Malphighi et dans les cellules de tissu conjonctif, à la suite d'affections syphilitiques sans hémorrhagies. Le pigment provient aussi de l'hémoglobine, il n'est toutefois repris qu'après la diffusion de la matière colorante du sang par les cellules, et parmi elles aussi par les cellules qui forment le pigment, les mélanoblastes.

Neumann ne croit pas qu'il soit possible, dans les différentes syphilides pigmentaires, de distinguer anatomiquement des variétés de pigment.

Urticaire pigmentaire.

Rille présente une jeune fille, âgée de 21 ans, atteinte depuis plusieurs années de taches de pigment sur la région latérale du cou et sur le tronc, en plus petit nombre sur les membres supérieurs et inférieurs. L'orateur a pensé avant tout à des reliquats d'urticaire pigmentaire évoluée depuis longtemps.

Kaposi admettrait aussi des reliquats d'un lichen ruber plan ; cette opinion paraît confirmée par la striation caractéristique des taches brunes.

Neumann est d'avis que la localisation est contraire à l'hypothèse d'un lichen ruber plan.

Hyperhémie passive.

Rille présente une femme de 36 ans qui a sur le coude gauche, à la base des trois doigts du milieu, sur le dos de la main et sur la surface de flexion de l'articulation de la main, des taches livide foncé et rouge-bleu. Ces taches ne sont pas saillantes, elles n'ont ni squames ni papules. Il s'agit sans doute d'une forme rare d'hyperhémie passive. Neumann a représenté cette affection, dans son atlas, sous la dénomination d'érythème paralytique. Pick l'a désignée sous le nom d'érythromélie. Dans ces cas les parties atteintes de la peau sont assez fortement ridées et un peu amincies, graduellement il se produit un état analogue à l'atrophie de la peau.

Kaposi, en raison de l'état ridé de la peau, regarde cette affection comme une période préliminaire de l'atrophie idiopathique du derme.

Lichen ruber plan.

Rille présente trois cas de lichen ruber plan traités par des injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Chez l'un de ces malades, après 75 injections (de 4 à 10), on constate la disparition de la plupart des efflorescences, toutefois il reste des taches pigmentaires. Chez le second, après 17 injections, les efflorescences sont plus pâles, plus aplaties; plus de prurit ni d'insomnie.

Purpura papulosa.

Kaposi présente un malade atteint de purpura papulosa. Sur tous les membres, papules rouges, correspondant aux follicules, très confluentes, plus disséminées sur le tronc, en partie hémorrhagiques.

Rhinosclérome.

Kaposi présente une malade atteinte de rhinosclérome. Les ailes et la face dorsale du nez sont élargies, la cloison est saillante. Des fosses narines sort une masse granuleuse ; à la base de la cloison on sent une masse dure, cependant celle-ci est mobile ; les piliers du voile au palais sont normaux, le voile du palais est tuméfié. Il s'agit donc d'un rhinosclérome dont le point de départ est dans la muqueuse nasale et qui n'a pas encore infiltré le derme.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 1er février 1898.

Extirpation radicale du lupus.

Rosenthal présente un malade qui avait sur la face dorsale d'une main une tuberculose verruqueuse de la peau, sur un bras un scrofuloderme, et sur le lobule de l'oreille gauche un lupus. Ces trois foyers ont été enlevés, les plaies recouvertes par la greffe de Thiersch ; le résultat est très satisfaisant.

Érythème exsudatif annulaire.

Gerson présente une jeune femme atteinte d'un érythème exsudatif annulaire des deux mains, qui apparaît régulièrement en hiver depuis trois ans ; cet érythème persiste pendant trois mois et est toujours très

symétrique. Aux doigts et aux poignets, il a une grande ressemblance avec des engelures.

Blaschko a souvent observé des cas de ce genre, il les désigne sous le nom d'*érythème annulaire a frigore*. Les deux formes principales de lésions de la peau provoquées par le froid sont les engelures vraies, et cet érythème annulaire, difficile à distinguer au premier abord de l'érythème exsudatif ordinaire, tandis que, d'autre part, on pourrait ranger les engelures dans l'érythème noueux.

Lesser sépare complètement l'engelure de l'érythème multiforme ; la première est déterminée par l'action externe du froid, tandis que l'érythème multiforme est une maladie infectieuse, de cause interne. Chez cette malade, il s'agirait, selon lui, d'un érythème multiforme en raison de la symétrie ; l'éruption n'aurait pas été provoquée par le froid.

Blaschko est d'avis que, pour l'érythème multiforme, il faut tenir compte, au point de vue de l'étiologie, de toute une série de causes qui, malgré leurs différences, produisent les mêmes symptômes. Sous ce rapport, il ressemble peut-être à l'herpès zoster, en ce que, à côté d'un érythème idiopathique multiforme, d'une maladie infectieuse *sui generis*, on voit survenir un érythème symptomatique de nature généralement toxique ; par suite, presque toute maladie infectieuse pourrait s'accompagner d'érythème multiforme. Tout comme les toxines, le froid exercerait sur la peau une influence analogue. On ne devrait pas séparer l'engelure de l'érythème, mais bien l'érythème idiopathique multiforme de l'érythème symptomatique, qui est un phénomène concomitant de nombreuses infections et intoxications.

Lichen ruber verruqueux.

Isaac *junior* présente un malade, âgé de 78 ans, atteint depuis deux ans d'une dermatose très prurigineuse qui se traduit sur les avant-bras, les mains et les membres inférieurs par des saillies verruqueuses d'un éclat métallique, de la grosseur d'un pois.

Lesser pense qu'il s'agit bien d'un lichen ruber verruqueux. La forme verruqueuse des papules tiendrait ici à ce que l'épiderme est particulièrement atteint, comme cela arrive d'ordinaire à la paume des mains et à la plante des pieds.

Rosenthal explique le caractère verruqueux des excroissances par la décrépitude générale et par l'âge du malade.

Isaac *senior* n'admet pas ce diagnostic en raison de l'absence de papules ombiliquées ; on pourrait aussi bien admettre qu'il s'agit d'un prurigo.

Rosenthal croit que si chez ce malade il n'y a pas de papules typiques de lichen, cela tient à son mauvais état général ; dans ces conditions, les papules primaires prennent rapidement un caractère verruqueux.

Œstreicher croit plutôt à un prurigo ; la symétrie de l'éruption sur les membres et l'absence de papules sur le tronc sont en faveur de son opinion.

Rosenthal fait observer que dans certains cas de lichen ruber verruqueux, on ne trouve pas de papules typiques. Si ce malade s'était gratté pendant sa vie, on constaterait une pigmentation brune ; avec le temps, le prurigo aurait envahi certainement les surfaces de flexion des membres

et le tronc; dans le prurigo, il ne survient pas de papules verruqueuses de ce genre.

Exanthèmes antipyriniques.

Lesser présente deux exemples du type des exanthèmes antipyriniques qui récidivent *in loco* et laissent après eux des pigmentations persistantes. L'un chez un homme de 43 ans qui, à plusieurs reprises, après avoir pris de l'antipyrine, présentait des taches nacrées, un peu livides, de la dimension d'une lentille, sur la face dorsale de la main droite, sur l'index gauche, la cuisse du même côté, le pénis et autour de l'anus.

Chez le second malade on observa, sur le côté gauche de l'abdomen, une tache brune, ovale, de la dimension d'une pièce d'un franc, et une autre semblable sur le gros orteil du pied gauche. Ces deux plaques se tuméfiaient par moments; ce malade avait pris de l'antipyrine à plusieurs reprises.

Les exanthèmes antipyriniques se manifestent d'une manière bizarre. Chez certaines personnes, il existe une idiosyncrasie temporaire; chez d'autres, l'exanthème survient après chaque dose d'antipyrine; enfin il en est d'autres qui supportent bien ce remède pendant longtemps, jusqu'à ce qu'une réaction se produise et, à partir de ce moment, ils ne tolèrent pas les plus faibles doses.

Wechselmann rapporte cinq cas d'exanthème antipyrinique de la policlinique de Köbner. Un malade, atteint d'athéromatose et d'hémorrhagies rénales, présentait depuis quelque temps une seule plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, avec taches bleuâtres, sur le dos des mains; résorption lente et pigmentation consécutive.

Une dame eut, après 1 gramme d'antipyrine, un exanthème de la muqueuse buccale et palpébrale; un malade sur le pénis et le raphé scrotal; un quatrième, un exanthème scarlatiniforme généralisé; et enfin, chez un autre malade, taches pigmentées sur la face dorsale des mains, les doigts, les avant-bras et les lèvres.

Blaschko fait remarquer que, dans certaines localisations de l'exanthème antipyrinique, le diagnostic avec la syphilis est quelque fois difficile. L'orateur a observé deux cas de ce genre. Chez deux malades, l'affection, limitée à la muqueuse buccale, était caractérisée par des bulles qui se transformaient en ulcérations douloureuses. Blaschko lui-même, après avoir pris pendant longtemps de l'antipyrine sans inconvénients, eut un jour, après 1 gr. d'antipyrine, un herpès labialis, et depuis, chaque fois qu'il fait usage de ce médicament, il a un herpès à la même place.

Gebert a observé un malade atteint d'herpès génital chaque fois qu'il faisait usage d'antipyrine, et toujours au même point. Un autre malade n'a eu cet herpès après l'antipyrine qu'après une première blennorrhagie.

Brock a observé un malade chez lequel, après l'antipyrine, il survenait sur l'abdomen une plaque de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Rosenthal insiste sur la difficulté du diagnostic dans les cas où il s'agit d'éruptions bulleuses coexistantes dans la cavité buccale et sur les organes génitaux. Après l'antipyrine on observe plus fréquemment des œdèmes congestifs que ces formes d'exanthème. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

Séance du 19 janvier 1898.

Sarcome pigmentaire idiopathique primaire multiple.

HOLLANDER présente un homme de 80 ans qui porte à la face interne du deuxième doigt de la main gauche une tumeur sécrétant un liquide lymphatique abondant ; tout le doigt est transformé en un tissu lympho-caverneux ; la pression laisse des empreintes profondes qui disparaissent rapidement. Les parties avoisinantes sont rouge-bleu foncé et infiltrées. Sur la face dorsale de la main gauche et des pieds, nombreux infiltrats, aplatis, rouge-bleu. Sur le voile du palais, la langue, la paupière inférieure, tumeurs rouge-bleu.

Épidémie familiale et scolaire d'alopécie en aires.

BLASCHKO a constaté une alopécie en aires chez huit petits garçons d'une école communale de Berlin ; deux de ces enfants habitent la même maison ; trois sont des camarades d'école très intimes. Tous les huit fréquentent la même école. Le père d'un de ces enfants est coiffeur et a coupé les cheveux à quelques-uns d'entre eux. La contagion, incontestable, a pu se produire à l'école, ou par l'intermédiaire du coiffeur.

BEHREND n'a encore jamais vu d'épidémies d'alopécie en aires, dans les familles ou dans les écoles.

Traitement de la blennorrhagie des prostituées.

BEHREND déclare que le traitement bactéricide ne donne pas de meilleurs résultats que les astringents, sans doute parce que les agents bactéricides ne pénètrent pas dans les tissus, ne sont pas en contact avec les gonocoques et par conséquent ne les tuent pas. L'effet du sublimé in vitro ne saurait servir de règle pour apprécier les résultats sur le vivant. Par contre, l'orateur a constaté que : 1° la blennorrhagie aiguë de l'homme peut guérir en peu de temps sous l'influence du repos, d'applications de glace, d'injections légèrement astringentes ; 2° chez la femme on voit ou bien disparaître d'une manière durable ou intermittente les gonocoques avec persistance des symptômes cliniques, ou ces symptômes cessent et il y encore des gonocoques, ou bien dans d'autres cas les deux disparaissent en même temps. On peut se demander jusqu'à quel point chez les prostituées soumises à un traitement obligatoire, on peut prendre l'état pathologique comme point de départ du traitement ; au point de vue scientifique se joint le point de vue légal, puisque le traitement obligatoire ne peut être appliqué qu'autant qu'il y a danger d'infection. Or Neisser croit qu'il n'y a plus ni blennorrhagie ni danger d'infection quand on ne trouve plus de gonocoques, alors même que les symptômes cliniques existent encore. Par contre, d'après les gynécologistes, le gonocoque est un facteur précaire et insuffisant pour apprécier la guérison. Il faut diviser en deux groupes les symptômes cliniques de la blennorrhagie chez les prostituées : en premier lieu, blennorrhagie aiguë avec gonocoques ; en second lieu, blennorrhagie avec sécrétion purulente de l'urèthre, des glandes de Bartholin ou de la cavité cervicale avec constatation douteuse de gonocoques.

Les caractères cliniques de la blennorrhagie varient suivant qu'il s'agit

de personnes à hymen intact, ou superficiellement déchiré ou avec ouverture béante et vagin élargi. Dans le premier cas on trouve de la vulvo-vaginite avec sécrétion abondante, visqueuse, tachant le linge en vert, tuméfaction et rougeur des grandes lèvres et de l'hymen; l'introduction de tampons d'ouate suffit comme traitement. Mais il survient souvent une uréthrite et une affection des parties antérieures du vagin. Des lavages peuvent alors provoquer l'infection des parties plus profondes. Il peut s'y ajouter des érosions de la vulve et de la muqueuse vaginale, la tuméfaction des glandes sébacées, des ulcères folliculaires (macules blennorrhagiques de Sänger). Le vestibule du vagin chez la femme paraît être le premier siège de la blennorrhagie. Même avec un vagin béant, la vulve est d'abord malade, ensuite le vagin. Dans les formes chroniques on trouve souvent du pus dans l'urèthre sans inflammation ni tuméfaction, ou une bartholinite, ou encore un catarrhe purulent de la cavité cervicale avec sécrétion visqueuse légèrement jaunâtre, filante. Le traitement réclame l'introduction de tampons d'ouate, des lavages avec des solutions d'alun, des irrigations avec une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100 dans l'affection des parties plus profondes. L'uréthrite aiguë guérie en général d'elle-même, ainsi que la bartholinite. La vaginite avec perte de l'épithélium et sécrétion abondante guérit plus difficilement. L'iodoforme est utile. Il est presque impossible de guérir les suppurations chroniques, même si on réussit à détruire les gonocoques. Doit-on retenir les prostituées chez lesquelles on n'a pas, à une ou deux reprises, trouvé de gonocoques? Si on prend comme point de repère les symptômes cliniques on répondra affirmativement. L'orateur conclut que la recherche des gonocoques n'a une valeur positive que dans les cas où elle est inutile, dans les autres elle est douteuse au point qu'on peut y renoncer.

Broese est d'accord avec Behrend sur l'importance des gonocoques; on ne peut regarder comme non contagieux, que les cas dans lesquels il n'y a ni gonocoques ni symptômes cliniques. Dans la vulvo-vaginite aiguë il faut savonner énergiquement la vulve et faire ensuite des lavages antiseptiques. Avec ces lavages il faut prendre garde de ne pas infecter le vagin et l'utérus. Un bon moyen, c'est le tamponnement avec la gaze iodoformée, on renouvelle ce pansement deux fois chaque semaine.

Buschke croit avec Neisser que la blennorrhagie n'est pas guérie tant que les symptômes cliniques persistent, mais seulement qu'elle n'est pas contagieuse dès qu'on ne trouve plus de gonocoques. Même dans les cas chroniques, on arrivera à supprimer momentanément les gonocoques. La disparition des symptômes cliniques n'a qu'une importance, celle de rappeler les hommes à la prudence. L'assertion qu'il est facile de guérir la blennorrhagie aiguë et l'existence de cas chroniques incurables sont en contradiction l'une avec l'autre. Le traitement antiparasitaire n'a pas eu jusqu'à maintenant de meilleurs résultats que le traitement avec les astringents. B. fait une critique acerbe des nombreux remèdes anti-blennorrhagiques qu'on a vantés après des expériences insuffisantes et cherche à prouver que toute la thérapeutique antiparasitaire de la blennorrhagique a fait jusqu'à présent fiasco

A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Eczéma.

Eczéma neurotique (Neurotic eczema), par L. Duncan Bulkley. *Journal of the American medical Association*, 16 avril 1898, p. 888.

L'eczéma représente presque le tiers des affections cutanées dans la clientèle spéciale et probablement une proportion plus élevée encore des dermatoses dans une clientèle de médecine générale. L'eczéma d'origine nerveuse est une des formes les plus fréquentes et les plus importantes à bien connaître en raison des indications thérapeutiques spéciales qu'il comporte.

L'eczéma nerveux est très fréquent dans la première enfance où il est surtout en rapport avec la dentition ; il est moins commun dans la deuxième enfance et l'adolescence bien que la puberté provoque assez souvent son apparition chez les filles. Il est très commun de 20 à 55 ans dans les deux sexes, pendant la période active de la vie, à l'époque du surmènement, des préoccupations et des chagrins ; entre 20 et 25 ans c'est surtout chez les femmes qu'on l'observe.

Les principales causes de l'eczéma nerveux sont les suivantes :

1° La neurasthénie et l'épuisement nerveux. Bulkley rapporte quelques observations très typiques où un surcroît hebdomadaire de travail ou de préoccupation amenait une recrudescence régulière de l'eczéma. D'autres fois l'eczéma a été le résultat de la neurasthénie grippale.

2° Le choc nerveux peut souvent provoquer un eczéma très persistant.

3° Les irritations réflexes d'origine dentaire, oculaire (troubles de la réfraction), intestinale et quelquefois le grattage d'une région peut provoquer de l'eczéma réflexe d'une région éloignée.

4° Les névroses organiques ou fonctionnelles ; B. rapporte une observation d'eczéma développé dans le territoire d'une névralgie due elle-même au surmènement.

L'eczéma névropathique débute généralement par la face ou les mains, mais il peut très promptement s'étendre à une grande partie du corps.

Sur les mains il est souvent vésiculeux et à la face il est habituellement érythémateux et sec, devenant suintant sous l'influence du grattage ; le prurit est violent, irrésistible et le grattage est furieux.

Le traitement local n'est jamais que palliatif et toute l'attention doit se porter sur le traitement général. Les malades ont souvent des antécédents de goutte et il faut s'en occuper, de même que des fonctions digestives et urinaires. L'arsenic peut rendre des services, mais il ne faut pas compter sur lui seul. On peut employer avec avantage, suivant les cas, les ferrugineux, la strychnine, la quinine, l'ergot, la digitale, l'aconit. L'opium aggrave la démangeaison et ne produit qu'un sommeil agité ; la phénacétine, l'antifébrine, l'uréthane réussissent mieux à procurer du sommeil ;

on peut recommander la teinture de gelsemium, le chanvre indien; les bromures réussissent généralement mal.

L'alimentation doit être substantielle, mais facile à digérer : il faut éviter les pâtisseries et les fritures, mais on se trouve très bien du pain complet ou de ses analogues et surtout du lait. Le lait pris aux repas se coagule dans l'estomac et retarde la digestion, il faut le prendre seul, une heure avant les repas ou au moment du coucher s'il s'est écoulé 4 heures depuis le dernier repas.

Comme traitement local, B. emploie surtout une pommade à l'oxyde de zinc additionnée de 5 à 10 p. 100 d'ichtyol, appliquée en couche épaisse et couverte d'un pansement, ou bien des lotions avec une solution aqueuse d'ichtyol à 10 ou 20 p. 100, ou encore dans les formes très chroniques le permanganate de potasse en solution à 2 p. 100. Dans l'eczéma érythémateux de la face on applique des pommades au tannin (5 à 10 p. 100), à l'acide phénique (2 p. 100), à l'oxyde de zinc et au goudron dans les formes chroniques. Dans l'eczéma du scrotum la pommade devra être précédée par une fomentation avec de l'eau très chaude.

En somme, il faut se souvenir que l'eczéma nerveux n'est pas uniquement une maladie locale. W. D.

Filariose.

Varices lymphatiques du cordon spermatique dues à la filariose (On some of the less common manifestations of filariasis [Filaria Bancrofti]), par J. Maitland. *Indian medical Gazette*, septembre 1898, p. 321.

Un agent de police de Mâdras avait eu une série d'orchites aiguës toujours précédées de douleurs dans le ventre et accompagnées de fièvre; on ne trouvait aucune cause plausible de cette orchite, ni blennorrhagie, ni impaludisme, ni traumatisme. Le sang du malade contenait des filaires. Après la résolution de la poussée aiguë, on constatait un ensemble de symptômes ressemblant beaucoup au varicocèle, avec ces seules différences que les vaisseaux dilatés étaient plus mous à la palpation que ne le sont les veines dilatées du varicocèle, moins tortueux, mais avec des irrégularités de calibre qui les faisaient paraître formés d'une série de poches.

L'opération montre qu'il s'agissait de vaisseaux lymphatiques du volume d'un petit crayon, moniliformes, à paroi très mince, contenant une lymphe un peu trouble. Leur dissection ne présente aucune difficulté, mais on ne trouva pas de filaire adulte dans les lymphatiques dilatés. W. D.

Lymphangite aiguë filarienne (On some of the less common manifestations of filariasis [Filaria Bancrofti]), par M. Maitland. *Indian medical Gazette*, octobre 1898, p. 361.

On observe quelquefois, chez les individus atteints de filariose du sang, une forme de lymphangite aiguë se terminant par des abcès échelonnés tout le long des lymphatiques. Cette affection siège le plus souvent à la face interne du bras, surtout à droite. Beaucoup plus rarement on l'observe à la partie interne de la jambe ou de la cuisse. La maladie débute par de la douleur à la partie interne du bras au-dessus du coude, s'étendant en haut et en bas. Par la palpation on sent le ganglion épitrochléen

tuméfié et un cordon dur qui s'étend de l'épitrochlée vers l'aisselle dont les ganglions sont parfois un peu gros. Sur le trajet de ce cordon se trouvent une série de nodosités dures grosses comme de petites cerises. Il y a quelquefois une plaque d'induration diffuse à la partie interne de l'avant-bras. Il y a quelquefois aussi un peu de fièvre. Ces nodules aboutissent souvent à la suppuration et forment souvent de petits abcès entourés d'une membrane épaisse.

Dans le pus on trouve un amas de filaires mortes, enchevêtrées et plus ou moins altérées. Dans un cas traité par l'extirpation des tissus malades, M. a pu trouver quelques filaires vivantes. Dans un autre cas traité par l'excision précoce du ganglion épitrochléen et des lymphatiques tuméfiés il a trouvé des filaires vivantes dans le ganglion.

Maitland attribue cette lymphangite à l'obstruction des lymphatiques par des pelotons de filaires et croit que leur mort est le résultat de l'inflammation. W. D.

Maladies produites par les filaires à la Guyane anglaise (Filariae and filarial disease in British Guiana), par C. W. Daniels. *British medical Journal*, 24 septembre 1898, p. 278.

L'origine filarienne de l'éléphantiasis des pays chauds est confirmée par la distribution géographique de la filariose du sang et de l'éléphantiasis qui est identique; dans la Guyane anglaise on ne les observe que sur les côtes, tandis que les indigènes de l'intérieur en sont indemnes.

Les Portugais et les métis sont les plus atteints, ensuite viennent les nègres. Chez ces derniers les femmes sont plus souvent atteintes d'éléphantiasis que les hommes, 7,2 p. 100 et 4,6 p. 100.

Ces différences tiennent moins à la race qu'aux habitudes. Tandis que les indigènes et les coolies boivent uniquement de l'eau courante des ruisseaux, les nègres et les métis portugais boivent de préférence de l'eau de pluie qu'ils conservent dans des futailles et qui est beaucoup plus exposée à être infectée par les cadavres de moustiques. Sur 54 individus atteints de filariose du sang, 50 buvaient uniquement ou principalement de l'eau de pluie.

L'obstruction lymphatique qui produit l'éléphantiasis peut être produite par l'un des trois procédés suivants : 1° des hémorrhagies dans les lymphatiques provoquées par les filaires adultes ; 2° une inflammation des lymphatiques produite par la présence du parasite ; 3° l'avortement des filaires adultes. Ce dernier mécanisme indiqué par Manson consiste en ce que la filaire pond des œufs au lieu de pondre des embryons ; or, comme ces œufs ont un diamètre triple de celui des embryons, ils obstruent les ganglions et produisent des stases lymphatiques étendues.

La distribution de l'éléphantiasis est à peu près la même qu'en Chine, sur 137 cas on trouve atteints 80 fois les jambes, 51 fois les ganglions seuls et 6 fois les organes génitaux.

Les indigènes de l'intérieur n'ont pas d'éléphantiasis, mais ils ont souvent dans le sang des embryons de filaires de deux formes, et peut-être deux espèces différentes ; dans quelques villages tous les individus en ont.

L'une de ces variétés est constituée par des embryons très agiles à

queue pointue, l'autre par des embryons à queue mousse, dont l'apparition dans le sang n'est pas périodique et qui est peut-être identique à la filaria perstans d'Afrique. On trouve quelquefois les deux types chez le même individu mais avec une prédominance considérable de l'un ou de l'autre. En tout cas et malgré la présence de ces filaires, on ne trouve chez ces indigènes ni éléphantiasis ni craw-craw. W. D.

Kératoses.

Cas de keratosis nigricans (A case of keratosis nigricans), par Isadore Dyer. *New-Orleans med. a. surg. Journal*, octobre 1898, t. LI, p. 201.

Le malade est un enfant de 7 ans, d'origine italienne, et les renseignements manquent sur le début de la maladie. Toute la peau est très foncée, sauf aux commissures buccales et sur le bord de la lèvre inférieure. L'éruption est à peu près généralisée, elle est surtout accusée aux mains et aux pieds, aux coudes et aux genoux, au cuir chevelu, aux oreilles et au cou, à la face et aux épaules ; le tronc et les bras présentent çà et là quelques plaques. Le cuir chevelu est complètement glabre, sauf quelques mèches de cheveux à l'occiput, il est couvert d'une calotte presque complète de tissu corné et l'éruption paraît formée par la confluence de verrues plates, saillantes, d'une couleur variant du gris sale au brun chocolat. Les oreilles sont presque noires, leur surface est verruqueuse et râpeuse au toucher. A la face, les cils et les sourcils ont disparu, la peau est rugueuse, écailleuse et couverte de papules souvent confluentes et verruqueuses ; ces altérations occupent surtout le centre de la face.

Sur le cou, les coudes et les genoux, la peau est épaissie, noirâtre, verruqueuse ; il en est de même à la face dorsale des mains et des pieds ; les paumes sont couvertes d'une couche cornée épaissie, lisse et translucide. Sur le coccyx une plaque verruqueuse, noirâtre, occupe la ligne médiane et s'étend sur les deux côtés ; les paupières sont épaissies. W. D.

Kératose ou tylosis palmaire héréditaire (Hereditary keratosis or tylosis palmæ), par V. Pendred. *British medical Journal*, 30 avril 1898, p. 1132.

Femme de 36 ans, la face palmaire des mains et des doigts est couverte d'une couche cornée épaisse, dure, craquelée, nettement limitée sur les faces latérales des doigts par un rebord abrupt et sur les bords de la main par un liséré rouge. La plante des pieds est altérée de la même façon, la plaque cornée est seulement plus épaisse et moins fissurée. Au moment de la naissance on avait remarqué la rougeur des paumes et des plantes et huit jours après ces régions étaient déjà écailleuses. L'hyperkératose palmaire et plantaire a persisté sans changement depuis son enfance, mais de temps en temps il se fait une desquamation en plaques épaisses qui laisse une surface rouge et saignante. Un savonnage énergique détermine toujours une desquamation et des fissures douloureuses. L'état des mains et des pieds est toujours notablement influencé par la santé générale.

La sœur et un neveu de la malade sont atteints exactement de la même façon. La même affection, avec les mêmes caractères, a pu être

retrouvée chez un grand nombre de membres de cette famille, dans cinq générations successives ; elle s'est surtout transmise par les femmes et il est à remarquer qu'elle n'a jamais sauté une génération, les enfants d'un individu indemne étant toujours eux-mêmes indemnes. Elle aurait été introduite dans la famille par une arrière-grand'mère qui était allemande et il est assez curieux que les trois individus hyperkératosiques observés par l'auteur avaient le type allemand très prononcé, tandis que les indemnes avaient le type anglais. W. D.

Lichen.

Cas de lichen ruber sur la ligne interne de Voigt du membre inférieur (Ein Fall von Lichen ruber in der inneren Voigtschen Grenzlinie der unteren Extremität), par Hugo Meyer. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLII, p. 59.

Homme de 38 ans, atteint de lichen ruber typique ; sur les faces antérieure et dorsale du tronc, papules caractéristiques. Sur la région fessière du côté droit, correspondant à peu près au point d'émergence du nerf sciatique, commence un cordon dur, rouge, dentelé sur les bords, de largeur variable, composé de petites papules polygonales, rouge jaunâtre ; il forme en passant sur la partie postérieure de la cuisse et de la jambe des lignes arciformes, gagne le bord interne du tendon d'Achille et se termine à deux travers de doigt au-dessus du talon. Les ganglions occipitaux et inguinaux sont modérément tuméfiés.

Pas de sensibilité des troncs nerveux à la pression. Réflexes rotuliens très appréciables. Les pupilles réagissent normalement. Pas de signe de Romberg.

Au microscope on constate que le processus commence dans les couches supérieures du derme, les modifications dans l'épiderme sont secondaires.

Cette topographie des lésions ne correspondait ni à la distribution des artères, ni à celle des veines, ou des vaisseaux lymphatiques. La comparaison avec le trajet des nerfs de la peau et de ceux situés profondément ne donna pas de résultat satisfaisant. Par contre, l'étude d'autres cas ayant la même localisation et l'examen des dessins de Voigt montrèrent la concordance du trajet avec la ligne de démarcation interne de Voigt du membre inférieur. Ces cas de lichen ruber plan prouvent donc, et c'est là leur importance, que la localisation d'une maladie dans une ligne de Voigt n'autorise nullement à la considérer comme un nævus.

Au point de vue anatomique, le nombre considérable des anastomoses nerveuses dans les lignes de Voigt fait comprendre qu'il s'y développe un état plus intense d'irritation. Ce qui précède prouve que même des affections purement inflammatoires peuvent se localiser au niveau des lignes de Voigt et que par conséquent l'ancienne hypothèse de la nature nævique de toutes les formations de la peau qui y sont localisées doit disparaître. A. Doyon.

Contribution à l'étude de l'étiologie du lichen ruber, par A. Lindstrem. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars 1898, p. 94.

L'auteur rapporte 8 observations de lichen de Wilson favorables à la théorie de l'origine nerveuse de cette affection, soit en raison de la dis-

position des lésions sur des trajets nerveux, soit en raison de la prédisposition nerveuse héréditaire des sujets, soit en raison des troubles nerveux concomitants, soit en raison des circonstances (émotions) qui ont précédé le développement du lichen. Deux de ces observations sont particulièrement remarquables à un point de vue ; dans ces deux cas, il s'agit d'hommes de 20 ans, dont le lichen est exclusivement localisé au côté gauche du corps, lequel est le siège de troubles nerveux d'origine médullaire : parésie, diminution de l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs, exagération des réflexes cutanés, vasculaires et tendineux, diminution considérable de tous les modes de sensibilité, perte de la possibilité de garder l'équilibre les yeux fermés, hémihyperhidrose dans un cas. [Il est à remarquer pour ces derniers cas que l'éruption unilatérale datait de l'enfance et pourrait bien être un nævus verruqueux lichéniforme ; la description de l'auteur ne permet pas d'éliminer ce diagnostic. G. T.] L'auteur pense que l'anatomie pathologique confirmera ultérieurement la théorie nerveuse du lichen de Wilson. G. T.

Muqueuse buccale (Affections de la).

Cas de xérostomie avec résumé de 39 cas publiés (A case of xerostomia with table of 39 recorded cases), par A. J. Hall. *The Quarterly medical Journal*, t. VII, p. 26, 1898.

La xérostomie est la sécheresse habituelle de la bouche, due à l'absence de sécrétion salivaire. Hall en a observé un cas et en a recueilli d'autres dans la littérature, en tout 36 cas utilisables. Sur le nombre on trouve 34 femmes et 4 hommes ; les malades sont généralement d'âge mûr ; en même temps que la sécheresse de la bouche on a signalé 10 fois la sécheresse des fosses nasales et 7 fois la sécheresse des conjonctives. La peau est généralement normale, elle était sèche dans deux cas seulement. La durée de la maladie paraît indéfinie et a persisté le plus souvent jusqu'à la fin de la vie. La langue est lisse, sèche et crevassée ; dans quelques cas il y avait un peu d'enduit sur le palais, montrant que les glandes muqueuses fonctionnaient encore. Les dents manquaient dans un grand nombre de cas, souvent sans que leur chute fût justifiée par l'âge. La réaction de la bouche était tantôt acide, tantôt alcaline. Dans 8 cas les glandes parotides étaient tuméfiées et 4 fois elles étaient en même temps douloureuses.

Le mode de début est noté dans 19 cas et 6 fois il a été subit. Sur ces 19 cas, six fois la maladie a succédé à un choc nerveux et 4 fois à une attaque de grippe. W. D.

Xérostomie (Xerostomia or dry mouth. Report of a case), par A. J. Lartigau. *Medical News*, 29 octobre 1898, p. 548.

Le malade est un homme de 64 ans, maigre, qui a toujours été très nerveux. Son père est mort à 51 ans de pneumonie, sa mère à 47 du mal de Bright ; il a deux frères bien portants et deux sœurs hystériques.

La sécheresse de la bouche s'est établie graduellement depuis cinq mois à la suite de la mort tragique de sa femme et en même temps qu'une diminution marquée de la sueur. Actuellement la peau est sèche, les conjonctives sont pâles et humides ; les lèvres sont pâles, sèches et fissurées, la langue est sèche, un peu crevassée et couverte d'un enduit gris-brun.

La muqueuse de la bouche et du pharynx est sèche, mais sans autre anomalie, les amygdales sont volumineuses, les dents en assez bon état. Le goût est émoussé. Les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques sont normaux. La muqueuse nasale est normale ainsi que l'odorat. Tous les viscères paraissent normaux. L'urine contient une trace d'albumine avec quelques cylindres.

La sécheresse de la bouche varie d'un jour à l'autre, elle augmente quand le temps est sec et chaud au point d'être intolérable,et elle diminue quand le temps est froid et humide. La sécheresse de la peau présente des variations correspondantes.

On a employé les traitements les plus variés : fer, iodure de potassium, arsenic, mercure, pilocarpine, ainsi que l'électricité et la suggestion. La pilocarpine et l'arsenic ont produit des améliorations passagères.

L'auteur fait ressortir la coïncidence de la diminution des deux sécrétions salivaire et sudorale et insiste sur l'origine probablement névropathique et fonctionnelle de l'affection ; il termine par un index bibliographique.

W. D.

Stomatite diphtéroïde impétigineuse à streptocoques, par F. Balzer et Griffon. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1898, p. 23.

Dans deux cas de stomatite impétigineuse, reproduisant la description de Sevestre et Gastou et développées chez des enfants atteints d'impétigo de la peau, les auteurs ont constaté la présence du streptocoque dans les cultures dans le bouillon-peptone ; ce milieu permet mieux la démonstration de la présence du streptocoque que les milieux solides qui sont rapidement envahis à leur surface par les saprophytes, et surtout par le staphylocoque. Les auteurs font remarquer qu'il y a lieu de reviser l'étude microscopique des stomatites pseudo-membraneuses, qui, contrairement à la formule classique, ne relèvent pas toutes du staphylocoque. G. T.

Sur un cas de stomatite épithéliale chronique traitée par l'eau oxygénée et les courants induits, par Colleville. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 24 mars 1898, p. 277.

Homme de 20 ans, atteint depuis deux mois d'une lésion de la langue ayant l'aspect de la glossite exfoliatrice marginée ; les traitements classiques n'arrêtant pas la progression de la lésion, C. recourut aux badigeonnages à l'eau oxygénée et à la faradisation de la langue ; à la suite de ce traitement, réparation rapide des papilles et de l'épithélium, disparition complète des douleurs provoquées par les repas.

Le père du malade, qui était atteint d'une lésion analogue, la vit s'amender rapidement après avoir suivi le même traitement. G. T.

Neurofibromatose.

Neurofibromatose et névrome plexiforme, par X. Delore et C. Bonne. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 27 mars 1898, p. 289.

Les auteurs rapportent deux observations typiques de neurofibromatose, avec tumeurs multiples de petites dimensions et en plus, dans la première, névrome plexiforme intercostal et, dans la seconde, névrome du nerf radial.

Ils concluent de ces deux faits que le névrome plexiforme, lequel est

une tumeur purement conjonctive comme le neuro-fibrome, et non un névrome vrai, n'est comme le neuro-fibrome qu'une simple manifestation de la neuro-fibromatose et que la coexistence de celle-ci peut aider au diagnostic clinique du névrome plexiforme. G. T.

Six cas de neurofibromatose (Neurofibromatose médullaire et périphérique), par P. Spillmann et G. Etienne. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 17 juillet 1898, p. 673.

Sur ces 6 cas, 3 appartiennent à une même famille (grand-père, mère et fils), 2 concernent une femme et son fils. Dans la première observation, le malade (homme de 37 ans) éprouvait des troubles médullaires remontant à quelques mois : un peu d'incoordination, marche pénible, spasmodique, contracture, grande difficulté pour marcher et surtout pour descendre les escaliers ; signes de Romberg ; fourmillements et hypoalgésie dans les membres inférieurs ; pas de dissociation des sensibilités ; réflexes patellaires augmentés des deux côtés, tremblement épileptoïde des deux pieds ; réflexe crémastérien conservé ; sens spéciaux intacts ; troubles de la miction ; pas de troubles intellectuels marqués, sauf un certain degré d'inertie depuis quelque temps.

Ces troubles médullaires, infiniment plus marqués que ceux qui ont été antérieurement signalés, montrent bien que la neurofibromatose est une affection de tout l'ectoderme. G. T.

Cas de molluscum fibreux (A case of molluscum fibrosum), par T. D. Keyes. *Northwestern Lancet*, 1er janvier 1898.

Femme de 43 ans. La première tumeur est apparue pendant l'enfance à la suite d'une piqûre de guêpe, puis les tumeurs se sont multipliées et accrues graduellement. Actuellement toute la surface du corps et des membres est criblée de petites tumeurs sous-cutanées ou saillantes. Au niveau des fesses sont deux grosses tumeurs flasques, pendantes et pédiculées, l'une d'elles est tellement longue et lourde, que la malade est obligée de la soutenir avec un sac qui vient s'attacher à la ceinture. W. D.

Rhinosclérome.

Histologie et étiologie du rhinosclérome (Osservazioni sulla istologia ed etiologia del rinoscleroma), par T. Secchi. *Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, 1898, nº 4.

L'auteur a étudié les lésions du rhinosclérome dans deux cas, l'un ancien et l'autre récent. Il résulte de ces recherches que l'abondance des cellules bacillifères est en raison inverse de celle des figures blastomycétiques et que ces dernières sont d'autant plus nombreuses que les lésions dégénératives sont moins accusées, c'est-à-dire que l'affection est moins ancienne. Ces constatations font supposer que dans le rhinosclérome les figures blastomycétiques ont une importance plus considérable que les bacilles et représentent la partie principale, causale, du processus ; cette hypothèse d'ailleurs, dit l'auteur, concorde avec les recherches les plus récentes d'après lesquelles le bacille de Frisch n'aurait aucune action pathogène et serait un innocent bacille muqueux, et avec la clinique qui montre combien le rhinosclérome diffère des maladies bacillaires comme la tuberculose, la lèpre, la syphilis. G. T.

Sarcome.

Sarcomatose cutanée hémorrhagique (Sarcomatosi cutanea primitiva emorragica con speciale riguardo alla etiologia), par A. Stravino. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. II, p. 155.

Homme de 62 ans ; s'est blessé sur la région métatarsienne antérieure du pied gauche, avec un couteau, pendant qu'il enlevait la peau d'un cheval mort de farcin et qu'il travaillait pieds nus dans un bassin rempli de matières putréfiées ; la plaie suppura légèrement et se cicatrisa en quarante jours environ, mais la cicatrice resta tuméfiée, légèrement douloureuse, et au bout de quinze jours le malade éprouva une sensation de pesanteur dans le pied qui était tuméfié ; puis apparurent des taches de coloration rosée, de différentes dimensions. Consécutivement apparurent d'autres taches et, au moment de l'entrée à l'hôpital, on constata des lésions indubitables de sarcomatose occupant les deux pieds avec déformations considérables des orteils, la face interne des jambes, et, en nombre restreint, les membres supérieurs.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes avec hémorrhagies interstitielles très prononcées.

S. pose, sans la résoudre actuellement, la question de savoir s'il y a quelque relation entre le farcin et cette néoplasie, s'il s'agirait d'une lésion provoquée par le bacille du farcin atténué ou en symbiose avec quelque saprophyte. G. T.

Sarcome idiopathique pigmenté multiple (A case of multiple idiopathic pigmented sarcoma), par G. W. Wende. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, mai 1898, p. 206.

Le malade est un tailleur de 45 ans, maigre, robuste, sans antécédents pathologiques. La maladie a débuté en mai 1896, par des troubles gastriques et une douleur dans la tibio-tarsienne droite. Dès ce moment on remarquait à la partie interne du pied droit un certain nombre de nodules rouges, durs et douloureux ; il y avait en même temps un gonflement diffus, d'aspect éléphantiasique. Quinze jours plus tard, on trouve plusieurs nodules durs sur le plancher des fosses nasales ; deux mois après se montraient sur l'index droit quelques nodules qui ont grandi et ont fini par envahir presque toute la main.

En septembre 1897, le malade était amaigri, la rate et le foie étaient augmentés de volume ; il y avait un point douloureux à l'épigastre ; les lésions cutanées restaient limitées aux mains et aux pieds, à l'exception de quelques nodules dans le nez ; pas d'adénopathie. A la main droite, une infiltration dure, violacée, paraissant formée par la confluence de nodules primitivement distincts, occupe presque tout le dos de la main, la face dorsale de plusieurs doigts et une partie de la face palmaire. Cette tuméfaction, un peu variable d'un moment à l'autre, est parfois assez prononcée pour écarter les doigts et gêner beaucoup les mouvements ; sur la main gauche, des lésions analogues, mais moins étendues ; quelques plaques dures et pigmentées de 1 à 2 centimètres de large sur les avant-bras. Les pieds sont presque entièrement couverts par de larges plaques d'infiltration analogue, dures et violacées, occupant surtout les parties latérales

et le cou-de-pied. Tout récemment, un nodule rouge et transparent s'est montré sur le lobule de l'oreille gauche.

On excise plusieurs pièces en différentes régions et sur des lésions d'âges différents. On trouve en diverses parties du derme, des amas de cellules sarcomateuses fusiformes. Ces amas sont généralement d'autant plus volumineux qu'ils sont plus profonds; les vaisseaux du voisinage sont dilatés, ceux des nodules sarcomateux sont nombreux, larges, bien que parfois obstrués par la prolifération de l'endothélium, avec des parois minces ; on trouve souvent du sang extravasé dans leur voisinage; les cellules sarcomateuses contiennent des granulations pigmentaires.

L'examen du sang fournit les résultats suivants : densité 1065 ; hémoglobine (Fleischel) 75 p. 100 ; hématies 3.900.000 par millim. cube ; leucocytes 4.697. Dans ce dernier groupe on distingue : neutrophiles polynucléaires 74,75 p. 100, grands mononucléaires 12,12 p. 100; lymphocytes 12,13 p. 100, éosinophile 0.

Malgré l'opinion de Kaposi et suivant l'avis de Köbner, Hyde, Lassar et Shattuck, l'auteur a donné l'arsenic en injections hypodermiques et a constaté une réelle amélioration. W. D.

Sclérodermie.

Sclérodermie diffuse symétrique avec atrophie musculaire prononcée (Case of diffuse symmetrical scleroderma with marked muscular atrophy), par James Macguire. *Medical Record,* 18 juin 1898, p. 880.

Jeune mulâtresse de 17 ans, bien développée et sans antécédents personnels ou héréditaires. Il y a quelques années la maladie a débuté par la perte de l'appétit, des douleurs rhumatoïdes et une faiblesse générale ; les jointures devinrent gonflées et roides, puis le gonflement devint dur et s'étendit sur les bras, les avant-bras et les cuisses ; depuis deux ans les membres ont diminué de volume et sont devenus durs comme du bois.

Actuellement tout le corps est couvert de macules brunes de toute dimension ; les bras sont durs comme du bois et amaigris au point que la peau paraît collée aux os, avec quelques saillies longitudinales correspondant aux muscles atrophiés; les mouvements du bras, de l'avant-bras et des doigts sont très limités; les cuisses sont très amaigries et les cous-de-pied tuméfiés et douloureux. A la face interne de la cuisse gauche est une tumeur du volume d'un œuf; à la fesse droite est une tumeur arrondie de la grandeur d'une petite soucoupe, aplatie, faisant corps avec la peau et mobile sur les parties profondes. La peau des membres est froide et dure; sa sensibilité est normale; deux petites ulcérations au coude droit.

La face est gonflée, surtout les paupières, et l'on y remarque une éruption papuleuse sèche et indolente ressemblant à un eczéma qui persiste sans changement depuis deux ans ; au niveau de la mâchoire inférieure la peau est dure et tendue. W. D.

Sclérodermie et arthrite déformante (On scleroderma and chronic rheumatoid arthritis), par F. X. Dercum. *The Journal of nervous and mental diseases*, octobre, 1898, p. 703.

L'auteur pose en principe que toutes les variétés de dermatosclérose, localisée ou généralisée ne sont qu'une seule et même maladie. Il

remarque que le processus de sclérose n'est pas limité à la peau, qu'il peut aussi atteindre les parties profondes et même y prédominer. C'est ainsi que dans la sclérodermie on voit des troubles trophiques des os et que la gêne des mouvements n'est pas due seulement à la rétraction de la peau, mais aussi à des lésions des muscles et des articulations. Il rapporte ensuite deux observations, l'une de sclérodermie diffuse, l'autre de rhumatisme déformant et montre leurs analogies.

Obs. I. — Femme de 44 ans ; pendant sa jeunesse elle a été beaucoup exposée au froid et à l'humidité ; vers l'âge de 26 ans, elle a remarqué que les 3e et 4e doigts droits devenaient gonflés et raides, puis, graduellement tous les doigts ont été pris de la même façon. Peu de temps après, la face devenait dure et tendue, les lèvres s'amincissaient. Les mêmes altérations se sont ultérieurement montrées aux pieds. La déformation s'est graduellement accusée aux doigts, dont l'extrémité était gonflée en baguette de tambour, il se faisait des ulcères très douloureux sur les articulations phalangiennes et à la racine des ongles qui devenaient plus courts et plus plats. Peu à peu toutes les dents de la mâchoire supérieure se sont ébranlées et sont tombées. Actuellement, la sclérodermie est tout à fait généralisée, les mains sont légèrement infiltrées, les doigts sont gonflés en boudin, fixés en demi-flexion, raccourcis par atrophie de la dernière phalange, tous portent des traces d'ulcérations au pourtour des ongles, l'index droit est même complètement dépourvu d'ongle. Pas de troubles de la sensibilité ni des réflexes. L'examen radiographique montre que la dernière phalange de presque tous les doigts est atrophiée et a même complètement disparu sur l'index droit.

Obs. II. — Homme de 28 ans. Ni rhumatisme, ni névropathie chez les descendants. A 15 ans, arthrite du genou droit qui ne dure que quelques jours. Depuis lors des arthrites analogues se sont montrées à plusieurs reprises aux membres inférieurs. Actuellement les articulations des membres sont pour la plupart gênées ou raides, de sorte que le malade est condamné à une immobilité complète, le cou et le tronc même sont rigides. Presque tous les muscles sont indurés, rigides, et la respiration est purement diaphragmatique, le corps thoracique est dur et sans élasticité ; les parois musculaires de l'abdomen sont dures comme du bois. La peau est partout amincie et atrophique, laissant transparaître les veines qui sont beaucoup plus apparentes que normalement. La peau de la face est peu mobile, le cuir chevelu est dur et tendu, couvert d'une abondante desquamation. Aux membres les articulations sont toutes ankylosées, les orteils et les doigts présentent les déformations du rhumatisme chronique des petites jointures, la peau est tendue, dure et amincie.

Dans les deux faits ci-dessus, les altérations sont très analogues, mais tandis que dans le premier la peau est indurée, elle est atrophiée dans le second avec prédominance des lésions des tissus profonds. W. D.

Sclérodermie diffuse, spécialement au point de vue du diagnostic et du traitement thyroïdien (On diffuse scleroderma, with special reference to diagnosis and to the use of the thyroid-gland extract), par W. Osler. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, février-mars, 1898, p. 67 et 127.

Dans ce mémoire exclusivement clinique, Osler rapporte un certain nombre d'observations très complètes se rapportant pour la plupart à des cas de sclérodermie diffuse symétrique à début par les extrémités.

L'observation IV, est un cas de sclérodermie localisée occupant la joue droite, les côtés du cou, la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen; le malade, âgé de 24 ans, était atteint de tuberculose pulmonaire.

L'observation V est un homme de 40 ans, atteint de goitre exophtalmique depuis deux ans. Peu de temps après s'est montrée la sclérodermie qui occupe symétriquement les deux jambes sous forme de grandes plaques nettement limitées, s'arrêtant au-dessus des pieds qui sont indemnes.

L'observation VII est un cas de sclérodermie symétrique des extrémités, très marquée aux mains et aux avant-bras, atteignant très légèrement la face. Le cœur bat 138 fois à la minute dans la position debout et tombe à 90 quand le malade est resté quelque temps couché. La station debout amène une congestion veineuse considérable des membres inférieurs qui deviennent pourpres et froids. Après un an de traitement thyroïdien le pouls ne dépasse guère 90, les phénomènes congestifs ont diminué, la sclérodermie est restée stationnaire.

Dans un certain nombre de cas rapportés par Lewin et Heller, la sclérodermie s'est accompagnée d'une hyperpigmentation telle qu'elle a pu penser à la maladie d'Addison.

L'observation VIII est relative à un fait de ce genre, où un homme de 39 ans, atteint de sclérodermie diffuse à début par les extrémités, présentait de l'induration de la peau des membres et de la face avec une pigmentation brune de tout le tégument qui le faisait ressembler à un mulâtre; sur le fond brun étaient semées des macules achromiques. Le malade est faible et très amaigri.

Dans un dernier chapitre Osler passe en revue ce qui a été fait sur le traitement thyroïdien de la sclérodermie et donne le résultat de son expérience. Six cas ont été traités par l'extrait de corps thyroïde donné par la bouche pendant une période variant de 10 jours à 19 mois et à la dose de 0,60 à 1 gramme par jour. Le résultat en a été constamment nul, la sclérodermie n'a nullement rétrocédé bien que quelques malades aient accusé par moments un peu d'amélioration. W. D.

Trophonévroses.

Note sur un cas d'éléphantiasis avec troubles nerveux guéri après applications de rayons X, par R. Sorel et A. Soret. *La Normandie médicale*, 1er mars 1898, p. 97.

Jeune fille de 16 ans, prise subitement d'un gonflement du médius droit, qui dans la soirée gagne toute la main sans rougeur ni douleur; le lendemain, toute trace d'œdème a disparu; le surlendemain, l'œdème reparaît pour ne plus disparaître, il remonte jusqu'au coude, et il y eut même un gonflement du côté droit du cou et de la poitrine, qui ne dura que quelques jours; cinq semaines plus tard, débutèrent des crises de nerfs avec vomissements abondants, perte de connaissance incomplète, délire calme ou somnolence, crises qui se répétèrent à plusieurs reprises. Au bout de quelques mois, sur l'œdème se greffèrent des lésions érythémateuses ba-

nales avec suintement nauséeux. L'œdème était considérable, occupant toute la main, à des degrés différents, le pouce et le petit doigt étant moins atteints que les autres doigts qui sont demi-fléchis, et les deux premières phalanges étant plus œdématiées que la phalange unguéale. L'œdème diminua un peu, mais tout mouvement des doigts demeura impossible. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas d'anesthésie.

La malade fut soumise, à trois reprises et à quelques jours d'intervalle, 15 mois après le début des accidents, à l'action des rayons X pour radiographier sa main. L'œdème diminua peu à peu et disparut complètement 3 mois après les séances de radiographie.

L'étiquette d'éléphantiasis donnée à cette observation doit, pensons-nous, être remplacée sans hésitation par celle d'œdème hystérique. G. T.

Œdème hystérique paroxystique (Hysterical paroxysma œdema), par F.-H. Edgeworth. *Bristol medico-chirurgical Journal*, septembre 1898, p. 206.

Obs. I. — Un homme de 24 ans, plombier, ayant une parfaite santé à tous les points de vue, présente, depuis onze ans, des attaques d'œdème localisé, qui surviennent la nuit et sont seulement constatés au réveil sans qu'il ait rien remarqué en se couchant; le gonflement dure toute la journée, puis disparaît progressivement. Les parties atteintes sont le siège de cuisson et de démangeaisons vives ; la peau est rosée, tendue et la pression ne fait pas de godets, au moins pendant la période d'acmé. On peut faire un godet pendant la période de décroissance. Les attaques surviennent à peu près tous les mois, mais depuis quelque temps il y en a presque toutes les semaines. Toutes les parties du corps peuvent être atteintes, mais surtout les membres et la face, généralement une seule région à la fois, quelquefois deux et alors du même côté.

La première fois que l'auteur vit le malade, les parties atteintes étaient le pied et l'avant-bras gauches. Le pied était gonflé jusqu'à la cheville où l'œdème se limitait par un contour circulaire net, la peau était rosée et un peu chaude au toucher. A l'avant-bras la tuméfaction s'étendait depuis deux pouces au-dessus du poignet jusqu'au coude, faisant une saillie d'un quart de pouce et se limitant par un contour en bracelet très net puisque dans l'espace d'un demi-pouce on passait du gonflement maximum à la peau saine. Il n'y avait aucune altération de la sensibilité et aucun trouble du système nerveux général.

Les attaques suivantes atteignirent la main droite, la partie inférieure gauche de la face, la partie supérieure droite de la face amenant l'occlusion complète de l'œil, le pied droit, la main droite, le sein forment une plaque circulaire nette de 5 pouces de large. Une fois où toute la joue gauche était prise l'œdème l'occupait dans toute son épaisseur et la muqueuse était couverte de bulles de la grandeur d'un pois à une pièce de 50 centimes, contenant une sérosité jaunâtre.

Le traitement arsenical amena une diminution dans la fréquence des attaques.

Obs. II. — Un tailleur de 22 ans, très blond et bien portant. Le début remonte à un an, par un gonflement de la plante droite qui n'a duré que quelques heures, depuis lors les attaques surviennent presque toutes les

semaines, atteignant une main ou une main et l'avant-bras ou un pied; elles sont généralement précédées par un peu de démangeaison et elles durent environ vingt heures.

Quand E. l'a observé la tuméfaction occupait la main jusqu'au poignet, se limitant par un contour en bracelet; on ne pouvait pas faire de godet. La peau n'était ni rouge ni chaude. Dans toute la partie tuméfiée et jusqu'à deux pouces au-dessus de sa limite, le toucher et la température sont mal sentis et la piqûre d'une épingle ne l'est pas du tout. Pas d'autres symptômes d'hystérie.

Obs. III. — Femme de 37 ans. Depuis quinze jours, deux ou trois fois par semaine elle est réveillée entre 2 et 3 heures du matin par une douleur sourde dans le bras gauche et elle constate que le bras est lourd, gonflé jusqu'à l'épaule, un peu chaud mais nullement rouge. Elle se rendort et au réveil tout a disparu. Le bras gauche est complètement analgésique et thermo-anesthésique avec conservation de la sensibilité tactile depuis deux pouces au-dessous de l'épaule.

L'auteur croit pouvoir rattacher tous ces faits à l'hystérie et il les rapproche des observations d'œdème aigu circonscrit de Quincke, sans les identifier à cause de l'absence de troubles intestinaux qui existaient dans les cas de Quincke. W. D.

Dermatoses trophiques à la suite de fractures (Trophic dermatoses following fractures), par Jos. Zeisler. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1898, p. 305.

Malgaigne, dans son traité des fractures, signale d'après Günther un arrêt de croissance des ongles sur les membres fracturés ; la reprise de la croissance indiquerait que la consolidation s'est faite. Malgaigne ajoute qu'il n'a pas pu observer lui-même ces phénomènes.

Z. s'étant fracturé le fémur droit, a constaté que les ongles des orteils du côté malade ont brusquement cessé de pousser et n'ont repris leur croissance que huit ou dix semaines après, cette période d'arrêt se traduisant sur l'ongle par une profonde entaille transversale. La reprise de la croissance n'était nullement un symptôme de consolidation puisque celle-ci n'était pas encore faite deux ans après. Il s'agit là d'un épisode de la déchéance nutritive de tout le membre résultant soit de la fracture, soit de l'appareil immobilisateur. Depuis son accident, il remarque tous les étés une éruption de petites vésicules dures et profondes formant des groupes sur la plante du pied droit. Cette éruption est très prurigineuse et amène un état qui rappelle un peu l'eczéma rubrum.

Z. a plusieurs fois observé cette éruption vésiculeuse à la suite de fractures. W. D.

REVUE DES LIVRES

Leçons cliniques sur la syphilis, par E. von Düring. Ouvrage traduit de l'allemand et annoté par L. Derville. Vol. in-8° de 360 pages. Bruxelles et Paris, 1898. Manceaux et Maloine, éditeurs.

Les Leçons sur la syphilis du professeur von Düring ont été déjà signalées aux lecteurs des *Annales* lors de leur publication. (Voir *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 773.) M. Doyon disait à leur propos qu'elles constituent un résumé clair et précis des notions acquises sur l'histoire de la syphilis et notent les points sur lesquels l'auteur insiste particulièrement dans sa description.

M. Derville a pensé, et avec raison, qu'il y avait intérêt à faire connaître plus facilement ce livre aux lecteurs de langue française; la traduction qu'il en donne est remarquablement claire; il y a ajouté de nombreuses notes, adaptant le texte de l'auteur aux notions courantes en France et complétant les descriptions; il a de plus, dans 11 figures insérées dans le texte et dans 16 photogravures tirées hors texte, reproduit des types de lésions syphilitiques. Ainsi complétées, les Leçons d'E. von Düring représent à l'heure présente un excellent compendium de syphiligraphie.

G. T.

Manual of diseases of the skin with an analysis of twenty thousand consecutive cases, par L. Duncan Bulkley. 1 vol. in-16, de 362 pages. New-York et Londres, 1898. G. P. Putnam's sons, éditeurs.

Le manuel dont notre savant et laborieux collègue de New-York publie actuellement la 4e édition, est destiné aux étudiants et aux praticiens qui veulent acquérir les premières notions de dermatologie.

L'auteur se contente donc de donner de chaque affection une étude courte, mais très claire et très précise. Le succès avec lequel son livre a été accueilli montre d'ailleurs qu'il a pleinement atteint le but qu'il se proposait.

Les lecteurs qui n'ont de la pharmacopée américaine qu'une idée peu précise trouveront à la fin de cet ouvrage une série de formules soigneusement choisies.

G. T.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1897-1898, par G. Dieulafoy. 1 vol. in-8 de 407 pages, Paris 1899, Masson et Cie, éditeurs.

Le Professeur Dieulafoy vient de faire paraître son second livre de cliniques qui résume les parties les plus saillantes de son enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu, pendant l'année 1897-1898. La moitié des leçons qui composent ce volume est consacrée presque entièrement à la syphilis viscérale, et nous y trouvons successivement traités *la syphilis de l'estomac, le chancre de l'amygdale, la syphilis du rein, et la syphilis du poumon et de la plèvre.*

La syphilis de l'estomac a été bien délaissée et méconnue jusqu'ici. M. Dieulafoy en cite un exemple chez un malade que l'on avait traité, et que

j'avais traité moi-même, pour un ulcus simplex avec hématémèses abondantes, douleurs si vives et dépérissement tel que l'on avait songé à une intervention chirurgicale. La présence de cicatrices de syphilides ulcéreuses siégeant aux jambes permit d'apprendre que le malade avait eu la syphilis trois ans auparavant; on pensa à rattacher l'un à l'autre les accidents d'autant plus aisément que tous les traitements qui viennent habituellement à bout de l'ulcus simplex avaient échoué. Sous l'influence des injections d'huile bi-iodurée, les symptômes s'amendèrent rapidement, et, après vingt-neuf jours de traitement, l'intolérance gastrique avait complètement disparu, et le malade mangeait à sa faim. Il existe d'autre cas, peu nombreux il est vrai, de syphilis de l'estomac dans la littérature médicale, ceux de M. Cornil, de M. Galliard, de Chiari, d'Andral, etc., mais les plus curieux sont rapportés par le professeur Fournier, qui vit, chez quelques syphilitiques, des hématémèses abondantes guéries « comme un coup de théâtre » par l'iodure de potassium.

Le chancre de l'amygdale est bien plus fréquent qu'on ne le suppose : il faut toujours y songer quand on est en présence d'une angine qui ressemble à une amygdalite aiguë unilatérale. Ce chancre peut être fort douloureux, l'agmydale est indurée, et le tout s'accompagne d'une adénopathie multiple, polyganglionnaire ; du vingt-cinquième au trentième jour, la roséole apparaît, qui lève alors tous les doutes. M. Dieulafoy, avec quelques observations personnelles, trace un tableau magistral de l'affection, essentiellement polymorphe, car elle est érosive, ulcéreuse, diphtéroïde, gangréneuse, et même d'apparence épithéliomateuse. Le chancre s'accompagne parfois d'herpès, véritable herpès parasyphilitique. Le diagnostic est facile, si l'on constate les trois signes capitaux, l'unilatéralité de la lésion, l'induration de l'amygdale et l'adénopathie caractéristique.

Dans la première des deux leçons sur *la syphilis du rein*, le savant clinicien de l'Hôtel-Dieu étudie l'action de la toxine syphilitique sur le rein à la période secondaire, créant une néphrite syphilitique parfois légère, souvent terrible, déterminant une tuméfaction et une nécrose des épithéliums glandulaires, ainsi que des hémorrhagies glomérulaires ; cette néphrite syphilitique précoce intense se caractérise cliniquement par des œdèmes considérables, par la tendance aux énormes suffusions séreuses viscérales et par la quantité vraiment incroyable d'albumine qu'on trouve dans l'urine (16, 23, 28, 30 et même 52 grammes en 24 heures) ; elle débute brusquement, et apparaît du deuxième au troisième mois après le chancre, souvent contemporaine de la roséole et des premières plaques muqueuses. En raison de la vulnérabilité du rein, doit-on donner le traitement spécifique ? Oui, sans doute, mais avec modération et prudence, en l'associant au régime lacté absolu. Le résultat est souvent remarquable ; mais quelquefois on échoue complètement, car « les épithéliums du rein sont si profondément atteints par la toxine syphilitique que la lésion est irréparable ».

La seconde leçon traite de la syphilis tertiaire du rein qui peut évoluer comme un véritable mal de Bright. M. Dieulafoy insiste sur l'existence d'une albuminurie syphilitique, sans autre signe de néphrite chronique, sans insuffisance de la dépuration urinaire, sans menace d'urémie ; il s'agit là, comme pour la goutte et la scarlatine, de dissociation des actes mor-

bides du rein, parfaitement compatible avec l'existence, pourvu qu'on suive un certain régime et qu'on se mette à l'abri des infections et des intoxications qui « peuvent transformer en une période aiguë, parfois terrible, une néphrite presque latente dont l'albumine était le seul témoin ».

Les deux dernières leçons traitent de *la syphilis du poumon et de la plèvre ;* l'auteur rapporte des observations personnelles de syphilis pulmonaire aiguë, subaiguë et chronique et de syphilis pleurale, et, comme on réalise dans cet ordre d'idées des merveilles thérapeutiques, nous ne pouvons que souscrire pleinement à ses conclusions : « Malgré l'immense supériorité de la fréquence de la tuberculose pulmonaire sur la syphilis pulmonaire, on doit toujours scruter les antécédents personnels des malades, leurs antécédents héréditaires, et si l'on dépiste quelques stigmates de syphilis, il faut, sans hésiter, instituer le traitement spécifique. »

On voit quelle large place, M. Dieulafoy fait à la syphilis viscérale dans son enseignement ; déjà l'année dernière, dans son premier livre de cliniques (voir *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 1319), il consacrait trois leçons à la *syphilis de l'aorte*, et une à *l'angine de poitrine tabétique*, presque toujours d'origine syphilitique. Ceci nous prouve la fréquence de la syphilis viscérale et nous indique combien nous devons compter avec elle.

C'est donc un immense service que nous rend l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu, lorsque, dans des pages d'une lecture aussi persuasive que captivante, il attire sur elle toute notre attention. L. Rénon.

Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques, par Gilles de la Tourette. 1 vol. in-16 de 90 pages, Paris, 1899 ; J.-B. Baillière, éditeur.

Dans cette monographie, l'auteur veut guider le praticien dans la symptomatologie si variée de la syphilis médullaire et dans l'application d'un traitement dont on connaît l'extrême importance. L'ouvrage comprend deux parties. La première partie est une étude clinique. L'auteur insiste d'abord sur la syphilis maligne précoce qui, par des lésions étendues à tout l'axe cérébro-spinal, nécessite de la part du médecin une surveillance constante pour parer à des éventualités toujours à redouter. Le plus souvent, la syphilis se limite exclusivement à l'axe spinal, créant soit une myélite aiguë présentant le tableau ordinaire de la myélite aiguë dorso-lombaire, soit une paraplégie progressive bien connue depuis les travaux de Erb. M. Gilles de la Tourette décrit une nouvelle forme, la forme pseudo-tabétique caractérisée, d'une part, par des douleurs fulgurantes, de la diplégie, d'autre part, par des phénomènes spasmodiques. La syphilis peut d'ailleurs créer des formes irrégulières par des localisations anormales, quadriplégies, atrophie musculaire, névrite périphérique.

L'auteur étudie ensuite longuement la syphilis héréditaire de la moelle épinière, chapitre nouveau et intéressant de la pathologie nerveuse. La lésion anatomique consiste en une méningo-myélite d'origine vasculaire ; les accidents sont parfois congénitaux, et le syndrome de Little peut être causé par la vérole. La syphilis héréditaire tardive a une histoire clinique semblable à celle de la syphilis acquise ; le point important sera de reconnaître la cause réelle de l'affection nerveuse par la recherche attentive de tous les stigmates de l'hérédo-syphilis.

Agir rapidement et avec intensité, telles sont les deux règles de conduite du praticien ; il faut, par suite, être à l'affût du moindre signe qui, dans les cas douteux, peut permettre de dépister la vérole. Faut-il enrayer une syphilis précoce, on aura recours aux injections solubles ou insolubles ; faut-il lutter contre une forme chronique, on choisira les frictions mercurielles. Dans tous les cas, on administrera 3 à 6 grammes d'iodure de potassium, soit par la voie gastrique, soit par la voie sous-cutanée. On complètera le traitement par de la révulsion sur la colonne vertébrale ; dans les formes spasmodiques, on prescrira l'emploi des courants faradiques qui augmenteraient la spasmodicité, tandis que les formes amyotrophiques et névrotiques seront améliorées par une application raisonnée des courants galvaniques. R. Cestan.

ERRATUM A LA PAGE 1026

Le travail sur le pemphigus foliacé communiqué à la Société française de Dermatologie, dans sa séance de novembre, est de M. Nikolski de Kiew, et non de M. Lindstrœm, comme il a été imprimé par erreur.

Le Gérant : G. Masson.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES MÉMOIRES ORIGINAUX ET DES RECUEILS DE FAITS

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS
DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

C

D

E

F

G

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME IX. — QUATRIÈME SÉRIE

1898

A

B

BLENNORRHAGIE

Gonocoque et généralités.

Manifestations et complications.

Traitement.

C

Chancre simple.

D

E

F

M

N

SOCIÉTÉS SAVANTES

U

V

X

Y

Z

SYPHILIS

Généralités. Étiologie. Contagion. Réinfection. Diagnostic.

Évolution de la syphilis.

Chancres syphilitiques.

Syphilides. Syphilomes. Gommes.

Lésions des annexes de l'épiderme.

Syphilis des os et des articulations.

Syphilis des vaisseaux et de l'appareil lymphatique.

Syphilis de l'appareil respiratoire.

Syphilis des voies digestives.

Syphilis du foie, du rein.

Syphilis des organes génitaux et du placenta.

Syphilis du système nerveux. Tabes. Paralysie générale. Syphilis de l'œil et de l'oreille.

Associations pathologiques

Syphilis héréditaire

Traitement. — Accidents dus au mercure.

BIBLIOGRAPHIES

COMPTES RENDUS DES LIVRES

Par ordre alphabétique d'auteurs.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE